

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Znalosti antikoncepčních metod
žáků vybrané střední školy

The knowledge about contraceptive methods of the pupils of the selected school

Jana Severová

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, PhD.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Znalosti antikoncepčních metod žáků vybrané střední školy* vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 22. 7. 2020

Chtěla bych touto cestou poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce, PhDr. Jaroslavě Hanušové, PhD., za věcné připomínky a trpělivost. Rovněž mému příteli a rodině za podporu po celou dobu studia.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem povědomí žáků vybrané střední školy o antikoncepčních metodách. Cílem bakalářské práce je zjistit povědomí žáků o antikoncepčních metodách, zdroje sexuální výchovy a spojitost praktického využití teoretických znalostí.

V teoretické části práce jsou uvedeny základní pojmy týkající se reprodukčního zdraví, anatomické pojmy, menstruace, puberta. Význam antikoncepčních metod v souvislosti s potraty a sexuálně přenosnými nemocemi. Je zde také uveden výběr STD a výběr historie antikoncepčních metod.

V praktické části práce jsou analyzována a vyhodnocována data získaná dotazníkovým šetřením mezi žáky vybrané střední školy. Na základě získaných výsledků je v závěrečné části práce vyvozeno stručné doporučení.

KLÍČOVÁ SLOVA

antikoncepce, hormonální antikoncepce, onemocnění, zdraví

ABSTRACT

This bachelor thesis is focusing on the knowledge of pupils of specified middle school about contraception methods. The goal of this bachelor thesis is to find out the level of the knowledge of middleschool pupils about contraception methods, sexual education sources and the connectivity of their teoretical knowledge with praxis. In the theoretical part of the thesis are given basic concepts related to the reproductive health, anatomical concepts, menstruation and puberty and also the importance of contraception methods in relation to abortion and sexually transmitted diseases. It contains also the selection of sexually transmitted diseases and historical evolution of contraception methods.

In the practical part of the thesis contains data analysis from the questionairre survey among middleschool students. Based on the obtained results, a short recommendation is concluded.

KEYWORDS

contraception, hormonal contraception, illness, health

Obsah

Úvod.....	1
TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	2
1 Anatomický popis pohlavních ústrojí a základní pojmy.....	2
1.1 Anatomický popis mužského pohlavního ústrojí.....	2
Spermatogeneze	3
1.2 Anatomický popis ženského pohlavního ústrojí	4
1.3 Puberta.....	5
Pubertas tarda a pubertas praecox	7
Menstruační cyklus	7
2 Antikoncepce.....	9
2.1 Vybraná historie a okolnosti vývoje antikoncepčních metod	9
2.2 Stručný přehled antikoncepčních metod 21. století	14
a) Metody bez použití ochranných prostředků – tzv. přirozené metody	15
b) Bariérové metody	17
c) Chemická antikoncepce.....	18
d) Hormonální antikoncepce.....	18
e) Nitroděložní tělíška	21
f) Sterilizace	22
2.3 Význam antikoncepčních metod	23
2.4 Výběr pohlavně přenosných chorob.....	25
a) Kapavka (Gonorea)	26
b) Příjice (syfilis, lues).....	28
Riziko pohlavně přenosných chorob a jejich prevence.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	31
3 Kvantitativní šetření.....	31
3.1 Cíl práce, výzkumné otázky	31

3.2	Metodika výzkumu.....	31
	Charakteristika zkoumaného souboru	32
3.3	Výsledky dotazníkového šetření	33
3.4	Diskuze, komparace dat a doporučení	49
	Závěr.....	60
	Seznam použitých informačních zdrojů	61
	Seznam příloh.....	64

Úvod

Inspirací k sepsání této práce mi bylo nečekané těhotenství mé spolužačky na konzervatoři. Rozhodla jsem se zjistit stav povědomí žáků o antikoncepčních metodách a zjistit míru zodpovědnosti jejich chování v oblasti sexuální výchovy. Chtěla jsem zjistit, jaké množství informací z této oblasti škola žákům poskytuje a jak je žáci dokáží přijmout a využít. Jak se orientují v antikoncepčních metodách a které z nich využívají. Výzkumnou část jsem zaměřila právě na konzervatoř, kde jsem dřív studovala a kde studují žáci starší 15 let. Proto jsem mohla zjišťovat i trendy v užívání antikoncepce nebo například délku vztahu před započatím sexuálního života.

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá základními termíny spojenými s reprodukčním zdravím. Anatomii a funkcí reprodukčních mužských a ženských orgánů, obdobím puberty, vybranými kapitolami historie vývoje antikoncepce a stručným přehledem antikoncepčních metod 21. století. V části týkající se významu antikoncepčních metod je popsán nejen vztah antikoncepce a potratů, ale i antikoncepce a sexuálně přenosné nemoci (sexually transmitted diseases – STD). Následuje přehled STD a historický kontext, příznaky a možnosti léčby vybraných nejčastějších pohlavních chorob.

Praktická část se věnuje výzkumu mezi žáky konzervatoře, věková skupina 15+, ve kterém si klade za cíl zjistit povědomí žáků o antikoncepčních metodách. Zajímalo mě, jestli znají dostatečné množství antikoncepčních metod a zda je také v tomto rozsahu používají. Z jakých zdrojů čerpají (nejen) o těchto metodách informace a kdo nebo co má na žáky v otázkách sexuální výchovy největší vliv. Jestli význam antikoncepčních metod přikládají pouze antikoncepčnímu účinku nebo i ochraně před STD, jak moc jsou v oblasti STD informovaní a zda jejich sexuální chování odpovídá jejich povědomí o této problematice. Předpokládám, že povědomí bude nedostatečné a chování tomu odpovídající, už jenom z podstaty bohémského života studentů coby umělců studujících konzervatoř. Chtěla bych tuto domněnku potvrdit a pomocí doporučení vyvozených v závěru práce dopomoci ke kvalitnější a frekventovanější výuce sexuální výchovy na této škole.

TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

1 Anatomický popis pohlavních ústrojí a základní pojmy

V této části naleznete stručný anatomický popis pohlavních ústrojí obou pohlaví a základních pojmů s touto problematikou spojených.

1.1 Anatomický popis mužského pohlavního ústrojí

Mužské pohlavní ústrojí dělíme na vnější a vnitřní. Mezi vnější pohlavní orgány řadíme pyj a šourek. Pyjem (penisem) prochází močová trubice (urethra masculina), která vystupuje z močového měchýře, prochází prostatou a je vývodnou cestou močovou i pohlavní. Penis pojí ke stydké sponě a ke stydkým kostem vazivové pruhy. Povrch penisu tvoří tenká kůže, která na rozhraní žaludu tvoří zásobní řasu, takzvanou předkožku (preputium), která umožňuje zvětšení celého orgánu při ztopoření (erekci). Erekcce může proběhnout díky podpoře topořivých těles ve hřbetní a spodní straně penisu. Dutinky těchto těles se při pohlavním vzrušení naplní krví a tím celý orgán ztuhne, zvětší se a ztopoří. Šourek (scrotum) je vak zavěšený pod penisem. Uvnitř se nalézá párová dutina a v každé dutině varle, nadvarle a část chámovodu, který následně vede do dutiny břišní.¹

Mezi vnitřní pohlavní orgány řadíme varle, nadvarle, chámovod, semenné vajíčky, Cowperovy žlázy a žlázu předstojnou. Párovou mužskou pohlavní žlázu vejčitého tvaru, varle (testis), najdeme uloženou v šourku. Již po narození by měla být varlata mimo dutinu břišní. Pro tvorbu spermií je třeba nižší tělesná teplota, proto varlata sestupují z dutiny břišní do šourku, který slouží jako její regulátor. U novorozence měří svislá osa varlete asi 1 cm, u dospělého jedince standardně kolem 4-5cm.² Povrch varlete tvoří tenký vazivový obal, ze kterého vstupují do varlete přepážky. Tyto přepážky oddělují jednotlivé lalůčky, které jsou vyplněny stočenými semenotvornými kanálky. Úhrnná délka těchto kanálků dosahuje asi 250 m. Hlavním mužským hormonem je testosteron, který produkují pod vlivem hypofýzy Leydigovy buňky uložené v prostoru mezi semenotvornými kanálky. Tyto kanálky jsou vystlány spermiogenními buňkami a podpůrnými Sertoliho buňkami. Sertoliho buňky chrání a vyživují spermie, které jsou od puberty po celý život tvořeny buňkami spermiogenními. Na rozdíl od dozrávání vajíček v ženském těle, cyklického a omezeného procesu, se spermie tvoří nepřetržitě od puberty do smrti. Tvorba jedné spermie trvá asi 75 dní. Pro správnou

¹ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

² MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

tvorbu spermií je potřeba hormonu testosteronu a vitamínu A. Alkohol nepříznivě ovlivňuje spermiogenezi (tlumí účinek vitamínu A) a proto mají alkoholově závislí sníženou míru plodnosti. Spermie se ze stěny semenotvorných kanálků dostávají vývodnými kanálky v zadní části varlete do nadvarlete, kde se shromažďují. Nadvarle (epidymis) je přilehlým vnitřním mužským orgánem varlete. Uvnitř nadvarlete najdeme stejně jako ve varleti mnohonásobně stočené kanálky, které vedou spermie do chámovodu. Tento transport spermií nadvarletem do chámovodu trvá asi 8-17 dní. Pokud za tu dobu nedojde k ejakulaci, spermie zestárnou a postupně se rozpadají. Pravý a levý chámovod (ductus deferens) jsou kanálky dlouhé asi 40 cm, silné asi 3mm s průsvitem asi 0,5mm. Tyto kanálky vystupují „šourkem z nadvarlete vzhůru tříselným kanálem k zadní stěně močového měchýře.“³ Chámovod vstupuje do předstojné žlázy, napojuje se na něj semenný váček, který zlepšuje pohyblivost spermií a zvyšuje tak možnost oplodnění vajíčka. Dále ústí do močové trubice, která vychází z močového měchýře a prochází prostatou. Prostata je předstojnou nepárovou žlázou mužského pohlavního ústrojí. Prostata obemyká močovou trubici, kterou při ejakulaci procházejí spermie společně se sekretem semenných váčků. K tomuto sekretu přidá předstojná žláza svůj tekutý sekret a tím vznikne ejakulát. Usnadnění pohybu ejakulátu v močové trubici umožňují párové Cowperovy žlázy, uložené pod prostatou. Jsou velikosti hrachového zrna a vedou do močové trubice čirý lepkavý sekret.⁴

Spermatogeneze

Spermatogeneze je proces, který zahrnuje dělení, růst a vyžívání mužských pohlavních buněk. Je řízena převážně hormony, a to luteinizačním hormonem a folikulostimulačním hormonem pocházejícím z adenohipofýzy. Luteinizační hormon stimuluje zrání Leydigových buněk, které jsou zdrojem testosteronu. Testosteron je mužský hormon, který stimuluje tvorbu spermií, u embrya působí na rozvoj vývodných pohlavních cest a prostaty. Ve 3. fetálním měsíci je díky němu započat sestup varlat (descensus testium) a v pubertě se stará o rozvoj sekundárních pohlavních znaků. Folikulostimulační hormon má vliv na tvorbu estradiolu, inhibinu a aktivinu. Působí na Sertoliho buňky, jejichž činnost je zpětně kontrolována právě těmito hormony. Zrání každé spermie trvá okolo 70 dní.⁵ Velkým problémem při tvorbě spermií může být špatný sestup varlat.

³ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3. S. 22.

⁴ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁵ NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-206-0.

Sestup varlat začíná ve 3. měsíci fetálního vývoje. Varle spolu s nadvarletem je z retroperitonea ve výši obratlů L1-L2 (vertebrae lumbales – bederní obratle). Ve 3. měsíci se nachází ve fossa iliaca (kyčelní jamce) a od 4. do 7. měsíce se nachází u anulus inguinalis profundus (nálevkovitý otvor tříselného kanálu). Tříselným kanálem prostupuje do scrota výchlipka peritonea (pobřišnice). Za zadní stěnou pobřišnice sestupují varlata. Vzniká dvojlist peritonea, který obaluje varle. Po sestupu varlat musí dojít k uzavření této trasy, pokud by tomu tak nebylo, mohla by vklouznutím střevní kličky do tohoto kanálu vzniknout nepřímá tříselná kýla.⁶

1.2 Anatomický popis ženského pohlavního ústrojí

Ženské pohlavní ústrojí dělíme na vnější a vnitřní. Mezi vnější pohlavní orgány řadíme velké a malé stydké pysky, poštváček (klitoris) a vchod poševní. Velké stydké pysky (labia majora) ve většině případů uzavírají genitál a jsou kryty ochlupením. Uvnitř velkých stydkých pysků jsou uložena topořivá tělesa (bulbus vestibuli). Malé stydké pysky (labia minora) jsou tvořeny hladkou kožní řasou růžové barvy, jsou uloženy mezi velkými stydkými pysky a zakrývají poševní vchod. Ten také nějaký čas zakrývá panenská blána (hymen). Do poševního vchodu ústí pod klitoridou uretra, která ale není součástí klitoridy, a na spodním pólu poševního vchodu ústí párové Bartholinské žlázy (glandulae vestibulares majores). Klitoris tvoří spongiózní erektivní tkáň. Dělí se na dvě části, které zasahují až ke stydké kosti. Poštěváček je bohatě zásobován nervovými vlákny.⁷

Mezi vnitřní pohlavní orgány řadíme pochvu (vagína), vaječníky (ovaria), vejcovody (tubae uterinae) a dělohu (uterus). Vagína je ženský kopulační orgán různých rozměrů. Je velmi pružná, tvořená především hladkou svalovinou. Průměrná délka pochvy je asi 10 cm. Z dělohy do pochvy vyčnívá děložní čípek (portio vaginalis cervicis). Děloha komunikuje s pochvou cervikálním kanálem (canalis cervicis uteri), který je zakončen děložní brankou (ostium uteri). Tato branka je drobná a okrouhlá, ale u žen, které již porodily je vodorovně štěrbínovitá.⁸ Děloha (uterus) má tvar obrácené hrušky. Je dutá, dlouhá asi 7cm a sestává ze silnostěnné hladké svaloviny. Vystýlá ji endometrium. Děloha je pružně fixována vazivovým aparátem, nejčastěji je mírně nakloněna dopředu. Síla endometria je závislá na fázi menstruačního cyklu.⁹ Oválné a ploché vaječníky, silné asi 3-4 cm, jsou uloženy po stranách

⁶ NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-206-0.

⁷ ZVĚŘINA, Jaroslav. *Lékařská sexuologie*. Jinočany: H & H, 1991. ISBN 80-85467-04-6.

⁸ ZVĚŘINA, Jaroslav. *Lékařská sexuologie*. Jinočany: H & H, 1991. ISBN 80-85467-04-6.

⁹ ZVĚŘINA, Jaroslav. *Lékařská sexuologie*. Jinočany: H & H, 1991. ISBN 80-85467-04-6.

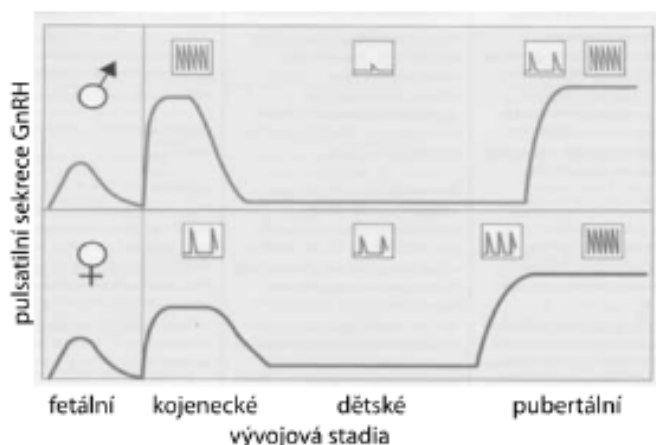
dělohy a upevněny ovariálními ligamenty. Při narození obsahují asi 400 000 oocytů, v pubertě už jen 40 000. Od počátku menstruace se přemění na zralou gametu (vajíčko) jeden oocyt měsíčně. Můžeme tedy vypočítat, že žena za svůj reprodukční život uvolní jen asi 400 vajíček. Tato vajíčka putují do dělohy vejcovody (tubae uterinae). Vaječníky nejsou přímo spojeny s vejcovody, ale vejcovody chytají vajíčka do otevřeného trásnitého ústí (infundibula). Vejcovody jsou dlouhé asi 10 cm, tuto vzdálenost vajíčko urazí během několika dní. K oplodnění vajíčka nejčastěji dochází v proximální části vejcovodu.¹⁰

Aby mohlo dojít k oplodnění vajíčka spermií, musejí nejdříve muž i žena fyzicky vyžrát. Tomuto zrání říkáme puberta.

1.3 Puberta

„Puberta je hormonálně podmíněný proces, na jehož konci je dosaženo pohlavní zralosti a schopnosti reprodukce (ovulace u dívek a spermatogeneze u chlapců). Podmínkou puberty je normální funkce reprodukční osy hypothalamus-hypofýza-gonády.“¹¹ Tento proces sestává z několika „hormonálních vln“ během vývoje jedince. Hlavní pohlavní hormon je GnRH (gonadotropin releasing hormone) gonadoliberin, hormon uvolňující gonadotropiny.¹²

Pulsatilní sekrece gonadoliberinu (GnRH) v různých obdobích vývoje¹³



¹⁰ ZVĚŘINA, Jaroslav. *Lékařská sexuologie*. Jinočany: H & H, 1991. ISBN 80-85467-04-6.

¹¹ LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5. S. 173.

¹² LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5.

¹³ LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5. S. 173.

První vlna nastává ještě ve fetálním období – hormonální hladina dosahuje maxima ve 20. gestačním týdnu. Po narození přichází druhý vrchol hormonální hladiny mezi 3. až 4. měsícem. Označuje se jako „fyziologická minipuberta“, protože hladina hormonů se blíží typickým hodnotám pro pubertu. Po celé dětství až do puberty je hladina hormonů nízká s mírnými výkyvy.¹⁴

Nástup puberty ovlivňuje i nutriční stav (hladina adipokinu leptinu). Zdá se, že příčinou časnějšího nástupu puberty může být výskyt dětské obezity. Sekrece gonadotropinů – **gonadarché** – zapřičiňuje v pubertě zrání pohlavních žláz a tvorbu pohlavních hormonů. Vývoj vnějšího a vnitřního genitálu ovlivňují hladiny estradiolu a testosteronu. Další vliv na pohlavní vývoj má i kůra nadledvin (důležitá je jedna z vrstev – zona reticularis) a významný hormon, který produkuje. Aktivaci této vrstvy říkáme **adrenarche**. „*Adrenální androgeny ovlivňují vývoj pubického a axilárního ochlupení, akné, tělesný odér.*“¹⁵ Adrenarche a gonadarche jsou dva souběžné, ale vzájemně oddělené procesy.¹⁶

Puberta nastupuje u chlapců i dívek v rozdílném věkovém rozmezí a její počátek má u každého pohlaví různé projevy. U obou pohlaví pozorujeme růstový výšvih (spurt). U chlapců nastává později než u dívek, nedosahuje takové rychlosti, ale za to trvá déle. U chlapců je prvním sekundárním znakem růst genitálu, u dívek naopak růst prsou. Fyzické dozrávání dívek probíhá cca o 1,5-2 roky dříve než u chlapců. Hlavním orientačním jevem při nástupu puberty u dívek je první menstruace (menarché), která se nejčastěji dostaví až ke konci růstového výšvihu. Dívka již měří cca 95% své dospělé výšky. U chlapců je za hlavní znak puberty považována první ejakulace.¹⁷ Průměrný věk první menarché je dle informací z roku 2017 12,3 let¹⁸, průměrný věk první ejakulace 14 let. Nástup puberty může ovlivnit nadváha, která u dívek podporuje produkci estrogenů, čímž nástup urychlí. U chlapců nadváha naopak blokuje dostatečnou produkci testosteronu, mužského hormonu potřebného

¹⁴ LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5.

¹⁵ LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5. S. 174.

¹⁶ LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5.

¹⁷ SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-9309-2.

¹⁸ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelék hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, 18(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/05/06.pdf>

k fyzickému dozrávání. Tím nástup puberty oddálí.¹⁹ Dle věku jedince při nástupu sekundárních znaků puberty dělíme pubertu na předčasnou a opožděnou.

Pubertas tarda a pubertas praecox

Pubertas tarda (opožděná puberta) znamená opoždění nástupu puberty (začátek vývoje sekundárních pohlavních znaků) zhruba o 2 roky. U dívek po 13. roce věku a u chlapců po 14. roce. Za toto opoždění nese zodpovědnost jakákoliv část osy hypotalamus-hypofýza-gonády, konstituční opoždění (dědičné), funkční porucha (stav výživy, chronické onemocnění), či nepříznivá psychosociální situace. Opožděná puberta je častějším jevem u chlapců.²⁰

Pubertas praecox (předčasná puberta) znamená urychlení nástupu puberty o více než 2,5 roku. U dívek před 8. rokem věku a u chlapců před 9. rokem věku. Jedinec roste zpočátku rychleji, ale období růstu je kratší, než u jeho vrstevníků. Výsledná výška je pak nižší. Předčasná puberta může být centrální nebo periferní. Pokud puberta nastoupí „až“ mezi 8. a 9. rokem u dívek a 9. a 10. rokem u chlapců, jedná se pouze o konstituční urychlení (časně nastupující pubertu).²¹ Centrální předčasná puberta (CPP) se vyskytuje u 0,6 % dětí. Náchylnější k CPP jsou dívky, zřejmě kvůli snazší aktivaci reprodukční osy (nižší hladina GnRH).²² Hlavním projevem nástupu puberty u dívek je první menstruace (menarché) nastupující u českých dívek průměrně ve 13 letech věku.²³

Menstruační cyklus

Při menstruačním krvácení (1.–4. den) dochází k odlučování endometria. V proliferační fázi (5.–14. den) vlivem estrogenů se sliznice zvyšuje, pučí nové cévy a dochází k epitelizaci endometria na 3–5 mm. Při sekreční fázi (15.–28. den) vlivem progesteronu žlutého tělíska bytní až na 5–6 mm. Pokud nedojde k nidaci (uhnízdění) vajíčka, nastává čtvrtá fáze, a to ischemická (28. den). Dochází ke kontrakci arteriol v endometriu, která způsobí přechodnou

¹⁹ SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-9309-2.

²⁰ ZEMKOVÁ, Daniela a Marta ŠNAJDEROVÁ. Puberta v ambulanci pediatra: Puberty at a paediatrician's practice. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: SOLEN, 2009, **10**(5), 289-293. ISSN 1803-5264.

²¹ LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5

²² LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5

²³ ZEMKOVÁ, Daniela a Marta ŠNAJDEROVÁ. Puberta v ambulanci pediatra: Puberty at a paediatrician's practice. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: SOLEN, 2009, **10**(5), 289-293. ISSN 1803-5264.

hypoxii, buňkám endometria se nedostává kyslíku, odumírají a rozpadají se.²⁴ Menstruace ženy opouští mezi 45. a 50. rokem. Toto období je označováno jako menopauza.²⁵

²⁴ NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-206-0.

²⁵ NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-206-0.

2 Antikoncepce

První polovina této kapitoly se věnuje historii antikoncepce a plynule přechází k metodám užívaným v 21. století. Druhá polovina této kapitoly se věnuje významu antikoncepce, se kterým souvisejí mimo jiné i sexuálně přenosné choroby, jejichž výběr je uveden na konci této kapitoly.

2.1 Vybraná historie a okolnosti vývoje antikoncepčních metod

První zmínku o snaze lidstva oddělit potěšení od početí najdeme už **ve starém Egyptě**. I když se nad některými praktikami můžeme pozastavit, některé měly už v té době velký náskok před ostatními a byly postavené na principu dnešní hormonální antikoncepce, aniž by to tehdejší lidé uměli vědecky podložit. Některé metody fungovaly na fyzikálním principu (bariérové metody, pokusy o výrobu kondomu z nepřeborného množství materiálů), jiné metody zase na principu chemickém (způsobily v pochvě nepříznivé prostředí pro spermie).²⁶

Kolem roku 1850 př. n. l. doporučoval Petriho papyrus zavést do pochvy před souloží pastu z krokodýlího trusu. Případně se dočteme i o sloním trusu, volské žluči, stromové smůle či zeli. V Arábii bylo zase fenoménem pravé varle vlka obalené v bavlně nasáklé olivovým olejem. Toto doporučovali jako antikoncepční čípek zavést před stykem do pochvy.²⁷ Babylonské nevěstky jako antikoncepci před stykem zaváděly kuličku z medu a mandlí.²⁸

Na podobných principech fungují dnešní spermicidní čípky, které již nepoužívají krokodýlí trus, ale jsou vyrobené chemicky. Například nejrozšířenější a nejdostupnější vaginální globule Pharmatex se zavádí před stykem do pochvy a ničí oplozovací schopnost spermií. Tyto globule obsahují léčivou látku benzalkonii chloridum a pomocné látky hyprololu a tvrdý tuk.²⁹ „Benzalkonii chloridum (*Benzalkonium chlorid*) patří do skupiny kvartérních amoniových solí, jež mají silnou schopnost denaturovat proteiny.“³⁰ V dávce 1 mg na jednu dávku se podává tato léčivá látka v antiseptických dutiny ústní (např. Septolete®, Septolete

²⁶ HAMPLOVÁ, Ludmila a Christian FIALA. Dějiny antikoncepce jsou plné kreativity, ale i lidského zoufalství. *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network s.r.o, 26. 6. 2016 [cit. 2020-06-24]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/06/dejiny-antikoncepce-jsou-plne-kreativity-ale-i-lidskeho-zoufalstvi/>

²⁷ BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-6022-3.

²⁸ KAZIMOUR, Ivan. Historie zdravotnictví. KAZIMOUR, Ivan. *Historie zdravotnictví* [online]. Martin Kolářek, 2017, [cit. 2019-03-27].

²⁹ Příbalová informace: Informace pro uživatele: PHARMATEX vaginální globule. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 17. 12. 2014 [cit. 2020-06-16].

³⁰ GAJDZIOK, Jan, Eliška TAJOVSKÁ, Martina BAJEROVÁ a Zuzana CHALUPOVÁ. Aktuální farmakoterapie: Léčiva s místním účinkem na choroby sliznice dutiny ústní. *Praktické lékařství* [online]. 2010, 6(2), s. 68 [cit. 2019-03-27].

D®, Coldrex proti bolesti v krku®).³¹ Antikoncepční globule Pharmatex obsahuje 18,9mg této látky v jedné dávce.³² Benzalkonii chloridum se vyskytuje i v dalších antiseptických přípravcích jako je například Dettol.³³ Tato chemická látka tedy kromě spermicidní schopnosti vykazuje antiseptické schopnosti a ničí tak i některé choroboplodné bakterie a viry. Pearlův index této ochrany dosahuje hodnot 6-8.³⁴ Vysvětlení Pearlova indexu viz kapitola 2. 2. tabulka č. 1.

Kvůli rušivé manipulaci s těmito antikoncepčními metodami a s pohlavními orgány těsně před stykem se snažilo lidstvo přijít na nové modernější metody zabraňující početí. V Číně mělo ženu ochránit až na 5 let spolknutí 24 živých pulců.³⁵

V 1. století našeho letopočtu žil Sorános z Efezu³⁶, který se stal prvním lékařem, který odlišil potrat od antikoncepce. Oproti Hippokratovi indikoval potrat při úzké pánvi, tumorech a dalších zdravotních problémech. Nejslavnější prací je Gynaikeia (Gynekologie). Dalším významným lékařem byl osobní lékař Marca Aurelia – Galenos (129-200).³⁷

Ve 13. století se ve Francii považuje za spolehlivou antikoncepci polykání živých včel.³⁸ V letech 1265-1274 Summa Theologica – Tomáš Akvinský popisuje v tomto základním díle monogamii. Dle tohoto díla se řídí římskokatolická církev, která uznává předmanželskou pohlavní čistotu a styk pouze pro zplodění potomků, nikoliv pro tělesnou rozkoš. Jedinou přípustnou antikoncepcí je metoda plodných a neplodných dnů.³⁹

Na konci 15. století řešili pařížští radní výskyt syfilis následovně - buď nakažení museli odejít z města nebo byli hozeni do Seiny.⁴⁰ Od roku 1495 začala věnovat pozornost antikoncepci vrchnost. Antikoncepce už není pouze ženskou záležitostí, ale začínají se používat i mužské kondomy jako prevence před STD.⁴¹ Během války mezi Francií a Španělskem při obléhání

³¹ GAJDZIOK, Jan, Eliška TAJOVSKÁ, Martina BAJEROVÁ a Zuzana CHALUPOVÁ. Aktuální farmakoterapie: Léčiva s místním účinkem na choroby sliznice dutiny ústní. *Praktické lékařství* [online]. 2010, 6(2), 68-72 [cit. 2019-03-27].

³² Příbalová informace: Informace pro uživatele: PHARMATEX vaginální globule. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 17. 12. 2014 [cit. 2020-06-16].

³³ ZAVADILOVÁ, Markéta. Volně prodejné léky: Hojení jizev, ran, bércových vředů. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2013, 13. 3. 2013, 7(1), 33-35 [cit. 2019-03-27].

³⁴ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, 18(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/05/06.pdf>

³⁵ BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-6022-3.

³⁶ KAZIMOUR, Ivan. *Historie zdravotnictví* [online]. Martin Koláček, 2017, [cit. 2019-03-27]. ISBN 978-80-7512-758-7.

³⁷ BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-6022-3

³⁸ BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-6022-3.

³⁹ KAZIMOUR, Ivan. *Historie zdravotnictví* [online]. Martin Koláček, 2017, [cit. 2019-03-27].

⁴⁰ KAZIMOUR, Ivan. *Historie zdravotnictví* [online]. Martin Koláček, 2017, [cit. 2019-03-27].

⁴¹ KAZIMOUR, Ivan. *Historie zdravotnictví* [online]. Martin Koláček, 2017, [cit. 2019-03-27]

Neapole bylo totiž nakaženo asi 800 vojáků a prostitutek novou nemocí. Ta se léčila rtuťovými přípravky. Léčba byla horší, než samotná nemoc. To se později změnilo počátkem dovozu dřeva ze stálezeleného dubu, které připomínalo dřevo guajakové, které k léčení používali Indiáni.⁴²

Rok 1921 byl zlomovým rokem pro Dr. Haberlandta a mnoho žen. Položil základy novodobé antikoncepce. Jako antikoncepční metodu navrhl použít výtažky z vaječníků těhotných zvířat. Nápad to byl z dnešního pohledu naprosto správný, protože tyto vaječníky obsahují estrogen a progesteron stejně jako dnešní antikoncepční pilulky. Jenže bylo nutné tyto výtažky aplikovat injekčně a k získání 12mg estrogenu bylo zapotřebí 80 tisíc prasnic. Jedná se o dávku pro jednu užívatelku. Dalším průkopníkem byl americký chemik Russel Marker, který vytvořil z mexické rostliny umělou syntézou progesteron.⁴³

V roce 1951 vytvořili jiní američtí vědci té samé rostliny norethisteron a progestin. Biologové Gregory Pincus, H. C. Chang a porodník John Rock jako první indikovali tuto látku zdravým ženám jako antikoncepční přípravek. Jednalo se o malou skupinu dobrovolnic v Bostonu. V roce 1956 se konal velký pokus v Portoriku.⁴⁴

Až do 60. let 20. století využívaly ženy při snaze zjistit těhotenství živou žabu, kterou stačilo pokapat ranní močí ženy. Pokud byla žena těhotná, žába do 18 hodin vyprodukovala vajíčka.⁴⁵

V roce 1960 Americký úřad pro potraviny a léčiva schválil první antikoncepční tabletu Enavid-10. Ačkoliv měly tyto tablety zbytečně vysoký obsah hormonů (estrogen – dnes by stačil uživatelce na 5 dní, progestin na 20 dní), odstartovaly tak 3. sexuální revoluci.⁴⁶ V Evropě se tento přípravek objevil v roce **1961 pod názvem Anovlar firmy Schering**. V roce 1965 přišel na trh tuzemský přípravek Antigest. V 60. letech 20. století vzniká i tzv. gestagenní antikoncepce ve formě injekce, později i ve formě minipilulky.⁴⁷

Před vznikem antikoncepční tablety bylo velmi běžnou metodou užívání bidetu pro výplachy vaginy po pohlavním styku. Žena je přirozeně stavěna pro 15 těhotenství, z toho 10 porodů.

⁴² KAZIMOUR, Ivan. *Historie zdravotnictví* [online]. Martin Koláček, 2017, [cit. 2019-03-27]

⁴³ BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-6022-3.

⁴⁴ BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-6022-3.

⁴⁵ FALA, Christian a Ludmila HAMPLOVÁ. Dějiny antikoncepce jsou plné kreativity, ale i lidského zoufalství. *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network, 2016, 12. 6. 2016 [cit. 2019-03-11].

⁴⁶ BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-6022-3.

⁴⁷ ČEPIČKÝ, Pavel. Historie antikoncepce. *Moderní babičství* [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET, 2004, (3), 1-3 [cit. 2020-06-24].

Bez použití antikoncepce nejčastěji cca 8 dětí z toho přežilo. Přirozená antikoncepce neexistuje.⁴⁸

Na přelomu 50. a 60. let zaznamenáváme velký vývoj intrauterinní antikoncepce. Od objevu Gräffenbergova nitroděložního tělíška se značně zvýšily možnosti variability těchto tělíšek v důsledku vývoje umělých hmot. Vznikají tělíška různých tvarů a materiálů. V roce 1967 se objevují první česká tělíška – DANA (Dobrá A Neškodná Antikoncepce).⁴⁹

V 70. a 80. letech nastává krize antikoncepce, kterou vyvolala vlna zpráv o zvýšeném výskytu zánětlivých nemocí pánevního dna. V USA tímto byla metoda nitroděložních tělíšek téměř zlikvidována. Další výzkum ale tuto teorii vyvrátil a poukázal na značné metodologické chyby výzkumu předchozího. Podobně tomu bylo i u antikoncepčních pilulek, které měly mít na svědomí zvýšené riziko infarktu myokardu a možný vliv na vznik nádorových onemocnění. Toto mělo za důsledek snížení zájmu o hormonální metody, zvýšení zájmu o metody bariérové a s tím spojený i vzestup interrupcí.⁵⁰

V 90. letech zájem o moderní antikoncepční metody opět stoupá. Nastaly ovšem dvě významné události.

1) Pandemie HIV: Okamžitě se začal klást důraz na „bezpečný sex“ což mělo za důsledek zvýšené užití kondomů. Kvůli nižší spolehlivosti (kondom je asi 100x méně spolehlivý než např. běžná pilulka) byl zaznamenán nárůst interrupcí.⁵¹

2) Tromboembolická nemoc: „Studie z roku 1995 poukázala na rozdílné riziko hluboké žilní trombózy u antikoncepčních pilulek obsahujících různé progestiny.“⁵² Kvůli dostupnosti této informace v denním tisku užívání moderní antikoncepce opět opadá a vzrůstá počet interrupcí. Zvýšení rizika užíváním pilulek se týká pouze žen s tzv. trombofilními stavy.⁵³

⁴⁸ FIALA, Christian a Ludmila HAMPLOVÁ. Dějiny antikoncepce jsou plné kreativity, ale i lidského zoufalství. Zdravotnický deník [online]. Praha: Media Network, 2016, 12. 6. 2016 [cit. 2019-03-10].

⁴⁹ ČEPICKÝ, Pavel. Historie antikoncepce. *Moderní babičtví* [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET, 2004, (3), 1-3 [cit. 2020-06-24].

⁵⁰ ČEPICKÝ, Pavel. Historie antikoncepce. *Moderní babičtví* [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET, 2004, (3), 1-3 [cit. 2020-06-24]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=149>

⁵¹ ČEPICKÝ, Pavel. Historie antikoncepce. *Moderní babičtví* [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET, 2004, (3), 1-3 [cit. 2020-06-24].

⁵² ČEPICKÝ, Pavel. Historie antikoncepce. *Moderní babičtví* [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET, 2004, (3), S. 3 [cit. 2020-06-24]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=149>

⁵³ ČEPICKÝ, Pavel. Historie antikoncepce. *Moderní babičtví* [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET, 2004, (3), 1-3 [cit. 2020-06-24]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=149>

Po roce 2000 klesá poptávka po bariérových metodách, přežívá pouze kondom a to především z hygienických důvodů. Na trhu zůstávají chemické metody a zdokonalují se metody hormonální. Existují 3 typy: prvním typem je kombinovaná hormonální antikoncepce. V ČR je k dostání asi 50 druhů (s různým poměrem estrogenu a různými progestiny) ve formě tablet nebo náplastí. Mimo ČR se užívá i injekční forma. Druhým typem je gestagenní antikoncepce ve formě tzv. minipilulky či podkožního tělíska. Třetím typem je nitroděložní antikoncepce, která se užívá buď v měděné formě nebo v kombinaci nitroděložní a gestagenní antikoncepce.⁵⁴

⁵⁴ ČEPICKÝ, Pavel. Historie antikoncepce. *Moderní babičství* [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET, 2004, (3), 1-3 [cit. 2020-06-24]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=149>

2.2 Stručný přehled antikoncepčních metod 21. století

a) Metody bez použití ochranných prostředků - tzv. přirozené metody

- přerušovaná soulož (coitus interruptus)
- metody přirozeného plánování rodičovství (pravidelná abstinence)
 - kalendářní metoda
 - měření bazální tělesné teploty
 - symptotermální metoda

b) Metody bariérové

- kondom (mužský, ženský)
- vaginální pesar

c) Chemická antikoncepce

- spermicidní prostředky

d) Hormonální antikoncepce

- gestagenní přípravky
 - minipilulky, podkožní implantát, injekce, IUD
- kombinované přípravky
 - náplast, injekce, implantát
 - vaginální kroužek
 - záchranná antikoncepce

e) Nitroděložní tělíška

f) Sterilizace

Následují podrobnější informace ke každé z antikoncepčních metod.

a) **Metody bez použití ochranných prostředků – tzv. přirozené metody**

– **Přerušovaná soulož (coitus interruptus)**

Tato metoda zmiňovaná již v Bibli (Genesis 38,9). Tato metoda je založena na principu ejakulace mimo ženské pohlavní cesty. Nedoporučuje se párům, pro které je těhotenství naprosto vyloučené, párům, které spolu teprve začínají sexuálně žít a mužům, kteří mají problémy s předčasnou ejakulací. Riziko selhání této metody zvyšuje požití alkoholu.⁵⁵

– **Metody přirozeného plánování rodičovství**

Původně se jedná o metodu vyvinutou nikoliv pro antikoncepční účely, ale účely přesně opačného charakteru. Jako antikoncepční metoda spočívá v pravidelné sexuální abstinenci a to v době, kdy tělo sexuální spojení nejvíce vyžaduje - při ovulaci. Doba bezpečného sexuálního styku se určuje dle doby přežití spermie a dle doby, kdy je vajíčko schopné oplození. Spermie může v ženských pohlavních cestách přežívat 2 až 7 dní, k oplození vajíčka může dojít do 72 hodin po ovulaci. Počítá se tedy 7 dní před ovulací a 3 dny po ovulaci. Sexuální abstinence při používání této antikoncepční metody trvá 10 dní kolem ovulace + cca 5 dní během menstruace. Celkem tedy $10+1+5 = 16$ dní sexuální abstinence z 28 denního cyklu. Nevýhodou této metody je podmínka důsledného sledování a poslouchání svého těla.⁵⁶

Jako všechny antikoncepční metody se i tato vyvíjela a zdokonalovala. Nejprve se užívala metoda kalendářní, po té metoda závisela na měření bazální tělesné teploty a posléze přišla na řadu metoda symptotermální.⁵⁷

- **Kalendářní metodu** zavedl Rakušan Knaus a Japonec Ogino kolem roku 1930. Oba nezávisle na sobě zavedli odhadování doby ovulace podle menstruačního cyklu. Tato metoda vedla však k četným selháním a dnes se považuje za nezodpovědnou. Menstruační cyklus ovlivňuje mnoho faktorů jako je stres, námaha a další.⁵⁸
- Další zmiňovanou metodou je metoda **měření bazální tělesné teploty**. Je o něco spolehlivější, než pouhá metoda kalendářní. Funguje na principu změny tělesné teploty v průběhu menstruačního cyklu. Těsně před samotnou ovulací lehce poklesne

⁵⁵ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁵⁶ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁵⁷ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁵⁸ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

bazální teplota. Po ovulaci dochází k jejímu zvýšení až o 0,2-0,5°C (dochází k tzv. hypertermické fázi). Takto zvýšenou teplotu má žena téměř až do další menstruace, kdy teplota klesne na běžných 36,5°C. Bazální teplotu si žena měří v pochvě, ústech nebo konečníku ráno po minimálně šestihodinovém spánku. Tato metoda se doporučuje jako součást metody symptotermální.⁵⁹

- Při **symptotermální metodě** dochází ke sledování několika tělesných příznaků zároveň. Hlíďají se změny hlenu v děložním hrdle, změny na děložním čípku a změny bazální tělesné teploty. V děložním hrdle se střídá hustá hlenová zátka (neplodné období) s řidším cervikálním hlenem, který stéká pochvou 3 dny před ovulací a je přítomen ještě 2 dny po ovulaci. Toto období je neplodnější. Houstnutí hlenu zapříčiňuje progesteron. Spermie se tak nedostanou do dělohy a zůstávají v kyselém prostředí pochvy, kde brzy ztrácejí životaschopnost. Děložní čípek se stává asi 4 dny před ovulací měkčím (asi jako rty) a zároveň se pootevřívá zevní děložní branka. Sledování děložního čípku zvládnou jen některé ženy. Dále si mohou na sobě ženy všimnout dalších změn, které doprovázejí menstruační cyklus. Například „*napětí v prsou, bolesti v podbřišku, psychické napětí a další*“.⁶⁰ Při sledování všech těchto změn a příznaků doplněných o sledování bazální teploty se uvádí Pearlův index této metody v hodnotě 1,6.
- Mezi metody přirozeného plánování rodičovství patří **metoda krystalizace slin**. Je založena podobně jako metoda zjišťování hustoty cervikálního hlenu na změnách obsahu vaječnickových hormonů a solí ve slinách. V období ovulace jsou změny patrné pod lupou nebo kapesním mikroskopem. Tato metoda se ovšem nedoporučuje.⁶¹

„*Metody přirozené antikoncepce vycházejí z poznání a respektování přirozeně probíhajících fyziologických pochodů.*“⁶² Výhody této metody spočívají ve finanční nenáročnosti. Předpokladem je ale naprostý vzájemný respekt a spolupráce partnerů. Přirozené plánování rodičovství je stylem života, který zahrnuje vědomí plodnosti a prohlubuje vztah obou partnerů. Žena si musí pečlivě zapisovat záznamy měření bazální teploty. Oba partneři jsou společně zodpovědní, společně prohlubují svůj vztah komunikací v otázkách intimního života.

⁵⁹ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁶⁰ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3. S. 37.

⁶¹ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁶² MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3. S. 39.

Tyto metody nejsou vhodné pro začínající páry, ale měli by o nich být informováni i mladí lidé. Tato metoda se indikuje v případě kontraindikace hormonální antikoncepce a při nesnášenlivosti metod bariérových.⁶³

b) Bariérové metody

– Kondom

Pro dospívající často nejvhodnější metodou. Není nejlevnější, ale má mnoho pozitiv. Nechrání jen proti početí, ale částečně i proti některým pohlavně přenosným chorobám, zároveň zde není nutnost dlouhý časový úsek sledovat své tělo a hlídat nastávající ovulaci jako je tomu u metod přirozeného plánování rodičovství.⁶⁴

Existují kondomy jak pro muže (častěji užívané), tak pro ženy.

Mužský prezervativ si muž navléká na ztopořený penis a snímá jej hned po ejakulaci. Pearlův index najdeme v různých rozmezích - 2-15 či 5-15.⁶⁵ Většinou je kondom vyroben z latexu. V případě alergie jsou na trhu i kondomy z polyurethanu.⁶⁶

– Ženský kondom (Femidom)

Femidom je obdobou mužského kondomu – obdobně snižuje riziko přenosu STD. Femidom je dlouhý, pružný válec na jednom konci otevřený pro vsup penisu. Oba konce jsou opatřeny pružným kroužkem. Kroužek na otevřeném konci zůstává na vnější části genitálií, druhý konec si žena vkládá do pochvy. Toto je hlavní odlišností od vaginálního pesaru, se kterým bývá často zaměňován.⁶⁷

– Vaginální pesar (diafragma)

Vaginální pesar je vyroben ze stejné látky jako kondom, z latexu. Na okraji je však vyztužen pružným kovovým kroužkem. Pesar zabraňuje vniknutí spermiím do děložního hrdla tím, že se nasadí před děložní čípek. Současně s ním je doporučeno používat spermicidní gely. Sejmutí pesaru je doporučeno až po 6-8 hodinách od soulože, nejpozději však do 24 hodin.

⁶³ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁶⁴ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁶⁵ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁶⁶ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, **15**(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

⁶⁷ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, **15**(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

Jak zavádět pesar ženu naučí gynekolog, který určí jeho velikost. Dále si žena pesar zavádí sama. Tato antikoncepce je vhodná i pro mladistvé.⁶⁸

c) Chemická antikoncepce

– Spermicidní prostředky

K nejdostupnějším antikoncepčním metodám patří bezpochyby spermicidní čípky, globule, pěny, krémy, gely či tablety. K užívání není třeba lékařského předpisu a s použitím pesaru (bariérová antikoncepční metoda) vykazují Pearlův index 2-15⁶⁹. Bez použití bariérových metod je PI uváděn mezi hodnotou 10 a 20.⁷⁰ Nemají téměř žádné nežádoucí účinky. Někdy se může objevit podráždění poševní sliznice a alergická reakce.

Spermicidní prostředky fungují na principu chemickém. Kyselé látky zpomalí spermie a zkrátí jejich životnost.⁷¹

V dnešní době jsou dostupné spermicidní přípravky ve formě krémů a vaginální globulí. Výhodou jsou taky antiseptické účinky těchto krémů, které snižují riziko výskytu některých vaginálních infekcí.⁷² Nevýhodou je manipulace s těmito přípravky těsně před stykem nebo určený časový úsek před stykem. Například vaginální globule Pharmatex je potřeba zavést do pochvy nejméně 10 minut před stykem. Zároveň uživatelka nesmí používat před stykem přípravky s obsahem mýdla, doporučuje se umýt pouze vodou a po styku je nejméně 6 hodin zakázán výplach pochvy. Výrazně by se tím antikoncepční účinek snížil.⁷³

d) Hormonální antikoncepce

Nejznámější formou jsou tablety. Užívají se každý den ve stejnou dobu a odchylka nesmí být větší než 12 hodin, pak by byla účinnost ohrožena. Pacientka je chráněna během 21, 24 či 26 dní i během 7, 4 či 2 denní pauzy, která je určená pro „menstruaci“ (nejedná se o pravou menstruaci, jen o krvácení, které je menstruaci podobné). Hlavní účinnou látkou jsou hormony estrogen a progestin. Estrogeny brání dozrávání vajíčka a progestiny způsobí větší

⁶⁸ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁶⁹ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁷⁰ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, 15(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

⁷¹ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁷² Chemická antikoncepce. *Antikoncepce.cz* [online]. 14. 6. 2016 [cit. 2019-03-26].

⁷³ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, 15(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

hustotu hlenu (stane se neprostupným pro spermie). Jako kladný vedlejší účinek je zaznamenána menší incidence zánětů v malé pánvi. Riziko otěhotnění je menší než 1 %.⁷⁴

Hormonální antikoncepci dělíme dle obsahu hormonů na gestagenní a kombinovanou.

– Gestagenní hormonální antikoncepce

Gestageny jsou synteticky vyrobené progesterony. Způsobují zhoustnutí cervikálního hlenu, čímž zamezí spermiím průchod děložním hrdlem a ovlivňují fáze dozrávání děložní sliznice. Nemůže tudíž dojít k nidaci (uhníždění) vajíčka. U čistě gestagenních přípravků je vyloučen negativní vliv estrogenů.⁷⁵ V minulosti bylo užíváno asi 50 druhů gestagenů, v roce 2017 bylo využíváno asi jen 10 druhů. Gestageny se dělí do skupin tzv. generací dle míry rizika vzniku TEN (tromboembolické nemoci) a antiandrogenního efektu.⁷⁶

Je možné je užívat **perorálně**, **implantovat** pod kůži, užít depotní **injekcí** nebo formu **nitroděložního systému**⁷⁷ (viz kapitola 3.2.5 Nitroděložní tělíska). Perorální podání se užívá 28 dní každý měsíc. Menstruace se dostaví v posledních dvou dnech cyklu. Implantovaný preparát chrání pacientku až 5 let, injekce působí po dobu 3 měsíců.⁷⁸

Nejběžnější formou jsou **tzv. minipilulky**. Mají mnohem méně nežádoucích účinků než kombinované přípravky a mohou je proto užívat i ženy trpící migrénou, kuřačky, diabetičky, ženy s vysokým TK, kojící i ženy s rizikem tromboembolických komplikací. Nevýhodou těchto minitabletek je nutná přesnost užívání, již odchylka 3 hodin může snížit jejich účinnost.⁷⁹

– Kombinovaná hormonální antikoncepce

Nejčastější hormonální antikoncepcí je antikoncepce kombinovaná a to v tabletové formě, převažuje na antikoncepci čistě gestagenní i kvůli svým vyšším léčebným benefitům.⁸⁰ Kombinace spočívá v obsahu hormonů estrogenů a gestagenů. Na hladině estrogenů závisí

⁷⁴ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, **15**(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

⁷⁵ Machová, Hamanová

⁷⁶ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, **18**(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264.

⁷⁷ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, **18**(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/05/06.pdf>

⁷⁸ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁷⁹ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, **15**(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

⁸⁰ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, **18**(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/05/06.pdf>

zrání a uvolňování vajíčka z vaječníku, protože estrogeny ovlivňují folikulostimulační a luteinizační hormon. Kvůli nežádoucím účinkům byl obsah estrogenů (ethynilestradiolu) snížen na 15µg na den.^{81,82} Fázové přípravky jsou dle Machové, Hamanové v roce 2002 nejmodernější formou kombinované perorální antikoncepce. Jedná se o přípravky, ve kterých se poměr estrogenů a gestagenů liší dle menstruačního cyklu. Cílem je se co nejvíce přiblížit menstruačnímu cyklu. V roce 2002 se tabletky doporučovalo užívat 21 dní, po kterých nastala 7denní pauza a přišla nepravá menstruace. Během této 7denní pauzy bylo možné užívat placebo tabletky s neúčinnou látkou, aby pacientka nevypadla z návyku každodenního užívání, protože ve spolehlivosti hormonální antikoncepce hraje největší roli lidský faktor.⁸³ V r. 2017 dělí Havlín fázové přípravky na monofázické, bifázické, kombifázické, trifázické a penta-fázické dle poměru estrogenní a gestagenní složky v různých fázích cyklu.⁸⁴

Nejčastější formou kombinované antikoncepční metody jsou tablety, náplasti a antikoncepční vaginální kroužek. **Náplast** je třeba měnit každý týden a po třech týdnech následuje 7 denní pauza. Náplast se lepí v oblasti podbřišku, hýždí, trupu, ale nikdy v oblasti prsou. **Vaginální kroužek** patří mezi hormonální metody dlouhodobé. Kroužek si uživatelka zavede po dobu 21 dní, poté následuje 7 denní pauza. Tato metoda má minimální vedlejší účinky a je snášena velmi dobře oběma partnery. Tyto dvě formy vykazují nejméně nežádoucích účinků (nezpůsobují gastrointestinální obtíže).⁸⁵

Výhody kombinované formy HA jsou především v oblasti kosmetické (léčba akné), u přípravků s dávkou 30-35µg EE indukce tvorby SGBH (sex hormone-binding globulin), úprava pravidelnosti menstruačního cyklu (nepravidelností trpí asi 35% adolescentek).⁸⁶

Nevýhody tabletové formy – nutnost důsledného pravidelného užívání. Havlín též vyvrací spojitost vyššího rizika karcinomu děložního čípku ve spojitosti HA. Karcinom děložního čípku závisí na životním stylu a nikoliv na užívání HA. Vyvrací též přímé spojení HA

⁸¹ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3

⁸² HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, **18**(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264.

⁸³ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁸⁴ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, **18**(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/05/06.pdf>

⁸⁵ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, **15**(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

⁸⁶ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, **18**(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264.

a tloustnutí. Nicméně nepřímo HA tloustnutí ovlivňuje (např. stoupá chuť k jídlu, ztráta stresu z nežádoucí gravidity, retence tekutin).⁸⁷

– **Záchranná antikoncepce**

Antikoncepce, přesněji kontracepce, která se podává do 72 hodin (Postinor, Escapelle) či dokonce do 120 hodin (EllaOne 30mg tableta) po nechráněném pohlavním styku či po selhání kondomu či jiné antikoncepční metody. Obsahuje velmi vysokou dávku estrogenů nebo progestinů, která zabrání nidaci vajíčka v děloze. Rozhodně se nedoporučuje jako běžná antikoncepční metoda, pouze jako záchranná v případě, že si žena těhotenství nepřeje a musela by podstoupit (ať už ze zdravotních či socioekonomických důvodů) interrupci.⁸⁸

Havlín 2017 dochází k závěru, že jakákoliv antikoncepce je pro tělo menším zásahem než interrupce. Při posouzení všech aspektů (společensko-psychologické, biologické, postoj pacientky k případnému těhotenství) tedy u hormonální antikoncepce převyšují klady nad riziky.⁸⁹

e) **Nitroděložní tělíska**

Nitroděložní (intrauterinní) tělísko je tělísko vyrobené z plastické hmoty. Vyrábí se v mnoha provedeních jako je tvar hadovité kličky, kotvy a dalších. IUD (Intrauterine Devices) zavádí do dělohy lékař v ordinaci po řádném vyšetření a případném přeléčení některých nemocí. Tělísko může v děloze zůstat až 5 let.⁹⁰ Každých 6 měsíců je ale třeba pravidelná gynekologická prohlídka.⁹¹ Po 5 letech dojde k jeho odstranění a pauze 2-3 menstruační cykly. Pak může žena pokračovat s dalším tělískem. Tělísko zabraňuje uhnízdění vajíčka v děloze několika způsoby. Ještě v roce 2002 Hamanová, Machová (2002) píší, že mechanismus účinku není zcela známý, avšak tělísko obsahuje kovy měď, zinek, stříbro a eventuálně i hormony.⁹² Dříve se tato forma antikoncepce nedoporučovala pro ženy, které ještě nerodily. Vedlejší účinky jako „*nepravidelné krvácení, pánevní záněty, inkompetence*

⁸⁷ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, **18**(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264.

⁸⁸ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, **15**(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264.

⁸⁹ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, **18**(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/05/06.pdf>

⁹⁰ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁹¹ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, **15**(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

⁹² MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

děložního hrdla a proděravění dělohy při jeho zavádění“⁹³, mohly nevratně ohrozit reprodukční schopnosti. Mohlo dokonce dojít i ke spontánnímu vypuzení tělíska. Doporučovalo se tedy pouze u žen, které už potomky mají a mají zároveň dlouhodobý monogamní vztah. Dále byla indikována kuřáčkám a mentálně retardovaným ženám.⁹⁴ V roce 2014 již ale Koliba (2014) popisuje množství moderních tělísek a některé z nich jsou přednostně indikovány mladým ženám, které ještě nerodily. Dělí nitroděložní tělíska na ty, jež obsahují hormony a označuje je Intrauterinní systém (IUS) a na ty, které hormony neobsahují (IUD). Nejběžnějším IUD je tělísko s obsahem 380mm² mědi. Další možností je IUS Mirena, které zvyšuje viskozitu cervikálního hlenu a tím zabraňuje proniknutí spermií do dělohy. Novinkou v ČR se v r. 2014 stává tělísko Jaydess. Další z možností je IUD Genefix a právě toto tělísko je doporučováno převážně mladým ženám, které ještě nerodily. Jedná se o čtyři měděné válečky na vlákně (bez plastového těla), které svými ionty ničí spermie. Má mnohem méně nežádoucích účinků a může tak být indikován i kuřáčkám nebo ženám s trombofilií.⁹⁵

f) Sterilizace

Tato metoda je nevratná. Jedná se o chirurgický zákrok, při kterém dojde k přerušení vejcovodů (nebo jejich zneprůchodnění) a přerušení chámovodů. Od roku 2012 je možné tento zákrok provést na vlastní žádost od 21 let věku. Tato metoda je až na indikace ze zdravotních důvodů pro dospívající nevhodná.⁹⁶ Do roku 2012 byla sterilizace možná pouze v anestezii. V lednu 2013 byla poprvé v ČR provedena ambulantní sterilizace. Ženy před zákrokem požíly Ibuprofen a Diazepam. Většina žen se ještě téhož dne mohla vrátit do běžných aktivit. Pro cca 3 % žen byl tento zákrok bolestivější než menses.⁹⁷

⁹³ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3. S. 41

⁹⁴ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

⁹⁵ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, **15**(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

⁹⁶ KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, **15**(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

⁹⁷ KOVÁŘ, Petr, Jana KUČEROVÁ a Magda SZEWCZYK. *Ambulantní hysteroskopická sterilizace systémem Essure – nová technologie permanentní antikoncepce* [online]. Facta Medica, 2013, **17**(3), 220-225 [cit. 2020-07-22]. ISSN 1801-8750. Dostupné z: http://kramerus.medvik.cz/search/nimg/IMG_FULL/uuid:4d079379-0615-11e5-b183-d485646517a0#page=16

Sterilizace u muže se nazývá vazektomie a jedná se o přerušení a podvázání obou konců chámovodu. Jedná se o bezpečnou a vysoce účinnou antikoncepci prováděnou v lokální anestezii.⁹⁸

Následující tabulka č. 1 přehledně ukazuje spolehlivost vybraných antikoncepčních metod pomocí Pearlova Indexu. „*Pearl index udává procento žen, které otěhotněly během jednoho roku při používání dané metody.*“⁹⁹

Tabulka 1 Spolehlivost antikoncepčních metod¹⁰⁰

Metoda	Pearl Index
Nechráněný styk	80-85
Přerušovaný styk	20-60
Výpočty plodných a neplodných dnů	15-40
Pesar	10-15
Spermicidy	6-8
Kondom	4-6
HA	0,1-0,4
IUD	0,2-1
Sterilizace	0-0,3

2.3 Význam antikoncepčních metod

Velký význam antikoncepčních metod můžeme pozorovat na spojitosti antikoncepce – potraty. Protože k užívání antikoncepce neodmyslitelně patří využití možnosti potratů. Potratovost v České republice od roku 1989 klesla o více než 63 % a čtyřnásobně vzrostl počet uživatelů steroidní hormonální antikoncepce. Tím se Česká republika řadí v roce 2002 mezi vyspělé země. Program WHO “From abortion to contraception” vytyčený v roce 1991

⁹⁸ ZÁMEČNÍK, Libor. Právní úprava vazektomie v České republice. *Urologie pro praxi* [online]. Solen, 2014, **15**(3), 123-125 [cit. 2020-07-22]. Dostupné z: urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201403-0006_Pravni_uprava_vazektomie_v_Ceske_republice.php

⁹⁹ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, **18**(5), S. 301 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264.

¹⁰⁰ HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, **18**(5), S. 301 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264.

tak naše země úspěšně plní. Velký vliv má na tyto výsledky nejen cílená sexuální výchova, ale i velká dostupnost spolehlivé kontrace.¹⁰¹

Se vzrůstající délkou studia a snižujícím se věkem fyzického pohlavního dospívání jedinců se ekvivalentně těmto dvou ukazatelům rozšiřuje i interval mezi fyzickou a socioekonomickou dospělostí, během kterého je žádoucí potřeba antikoncepce. Dostupnost bezpečné antikoncepce je nepřímo úměrná počtu prováděných interrupcí.¹⁰² V roce 2016 bylo evidováno celkem 35 921 potratů, z čehož 56,8 % bylo umělé přerušení těhotenství (UPT), 40 % samovolný potrat a zbylá 3 % tvořilo mimoděložní těhotenství. Obecná míra potratovosti v r. 2016 byla 15,0 potratů na 1000 žen ve fertilním věku, oproti r. 2008, kdy OMP byla 16,8. Pokles míry UPT za stejné období činí z 10,2 na 8,5. Naopak obecná míra samovolné potratovosti se zvýšila z 5,6 na 5,9. V letech 2011-2016 lehce klesá užívání hormonální antikoncepce a lehce stoupá užívání antikoncepce nitroděložní.¹⁰³

V roce 2001 průměrný věk prvorodiček v ČR činil 25,3 roku, v roce 2017 v ČR při narození prvního dítěte 28,9 roku (v Praze dokonce 31,1 roku). Relativní počet dětí narozených skupině žen ve věkovém rozmezí 20-24 let klesl z hodnoty 61,4 dětí (rok 2001) na 50,8 dětí (rok 2017).¹⁰⁴

Povolení užívání antikoncepce a (ne)možnosti využití potratů v historii České země byly upraveny různými zákony. Zpravidla bylo využití potratů zakázáno pod vysokými tresty nebo velice omezeno. Výpis těchto zákonů a trestů při jejich nedodržení:¹⁰⁵

- 1851 do 1926 Pruský zákoník – žena i operatér trest 5 let vězení
- 1926 legislativa Výmarské republiky uděloval trest 1-5 let
- 1939 Hitler – možnost využití potratů jen z eugenických důvodů, v opačném případě byly přísně zakázány (Francie v této době 1-5 let vězení)

¹⁰¹ UZEL, Radim. Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 2002, 31. prosinec 2002, (4), 4-6 [cit. 2019-03-27]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2002/08/14.pdf>

¹⁰² HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, 18(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264.

¹⁰³ Potraty 2016. In: *Zdravotnická statistika* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2018, s. 5-17 [cit. 2020-06-28]. ISBN 978-80-7472-172-4. ISSN 1210-8642. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/potraty2016.pdf>

¹⁰⁴ FRELICH, Jiří. Průměrný věk matek se zvyšuje ve všech krajích. *Statistika a my: Měsíčník Českého statistického úřadu* [online]. Český statistický úřad, 9/2018 [cit. 2020-06-28]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2018/09/prumerny-vek-matek-se-zvysuje-ve-vsech-krajich/>

¹⁰⁵ UZEL, Radim. Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 2002, 31. prosinec 2002, (4), 4-6 [cit. 2019-03-27]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2002/08/14.pdf>

- 1943 potraty pod trestem smrti, zakázána je taktéž antikoncepce, kterou vykládal jako „znásilnění přírody, degradace ženy, mateřství a lásky”¹⁰⁶ (porovnání s Francií 1942 – potrat vnímán jako zločin proti státu – trest smrti.)
- 1852 – 1950 trestí zákon „O vyhnání plodu“ – pokus o potrat pod trestem 6-12 měsíců vězení, při zdařilém zákroku 1-5 let vězení, potratář při ohrožení zdraví ženy navíc 10 let vězení
- 1950 poprvé připuštěna indikace potratu „Způsobení těžké újmy na zdraví v případě pokračujícího těhotenství nebo těžké dědičné nemoci některého z rodičů”.¹⁰⁷
- 1957 Československo přijalo zákon č. 68/57 Sb. „O umělém přerušení těhotenství“ – hodnocení indikací „zvláštního zřetele hodných“ (např. „obtížná situace neprovdané ženy“)¹⁰⁸
- 1986 přijat nový zákon č. 66/1986 Sb. dosud v platnosti – interrupční komise zrušeny – ženy mohou žádat o potrat bez udání důvodu.¹⁰⁹ Tento zákon je platný od 1. ledna 1987 do dnes.¹¹⁰

Význam antikoncepčních metod je taktéž nezanedbatelný v oblasti prevence sexuálně přenosných nemocí, především metody bariérové a poučení o tzv. bezpečném sexu – partnerská věrnost. V kapitole 2.1 Vybraná historie a okolnosti vývoje antikoncepčních metod je mezníkem 15. století, kdy byla tuto skutečnost donucena řešit už i šlechta.

Některé antikoncepční metody mohou chránit před pohlavně přenosnými chorobami. Následuje výběr těch nejčastějších.

2.4 Výběr pohlavně přenosných chorob

Pohlavně (sexuálně) přenosné choroby, sexually transmitted diseases (STD), sexually transmitted infection (STI), pohlavní nemoci, též venerické nemoci, jsou nemoci infekční. Je známo pět klasických pohlavních nemocí. Kapavka, syfilis, měkký vřed (ulcus molle),

¹⁰⁶ UZEL, Radim. Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 2002, 31. prosinec 2002, (4), S. 4 [cit. 2019-03-27]. ISSN 1803-5256.

¹⁰⁷ UZEL, Radim. Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 2002, 31. prosinec 2002, (4), S. 4 [cit. 2019-03-27]. ISSN 1803-5256.

¹⁰⁸ UZEL, Radim. Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 2002, 31. prosinec 2002, (4), S. 4 [cit. 2019-03-27]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/08/14.pdf>

¹⁰⁹ UZEL, Radim. Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 2002, 31. prosinec 2002, (4), 4-6 [cit. 2019-03-27]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/08/14.pdf>

¹¹⁰ Sbírka zákonů: Zákon č. 66/1986 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2020-06-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-66/zneni-19870101>

čtvrtá pohlavní nemoc a pátá pohlavní nemoc. V České republice se nejčastěji vyskytují první dvě, výskyt ostatních je zaznamenáván spíše na jiných kontinentech. Tato pětice nemocí se přenáší téměř výhradně pohlavním stykem. Vždy se musí tato onemocnění nahlásit, nemocný se musí podrobit lékařskému vyšetření, případně se léčí i sexuální kontakty nemocného.¹¹¹

Největší pravděpodobnost přenosu těchto nemocí vzniká při nechráněném, náhodném sexuálním styku dvou nahodilých partnerů. Častokrát se tak děje pod vlivem alkoholu, ze zvědavosti nebo u osob bez morálních zásad. Avšak výjimka potvrzuje pravidlo. STD se může projevit i u dlouhodobých partnerů, stačí, aby nakažený o své nemoci nevěděl. Stává se tomu například u chlamydiových infekcí nebo v případě kapavky.¹¹²

Nejen kapavka, ale obecně všechny sexuálně přenosné choroby mají velký sociální, ale i ekonomický dopad na společnost. Například léčba akutní syfilis činí kolem 50 000 korun, nebo léčba AIDS činí kolem 900 000 korun na jednoho pacienta na rok.¹¹³ K roku 2015 je známých 36 původců sexuálně přenosných chorob, mezi které patří viry, bakterie, prvoci, parazitární houby, zevní parazité.¹¹⁴

a) Kapavka (Gonorea)

Jedna z nejčastějších sexuálně přenosných nemocí je kapavka. Šíří se téměř výhradě pohlavním stykem a postihuje sliznice pohlavního a močového ústrojí. Při orálním nebo análním styku se ale nákaza může přenést i do trávicího ústrojí. Přenos vzduchem je téměř vyloučen z důvodu přežití bakterií, které v zevním prostředí rychle hynou. Nákaza je ale možná např. prostřednictvím mokrého, hnisem potřísněného ručníku, použitým spodním prádlem, žínkou apod.¹¹⁵

Nemoc se projevuje akutním hnisavým zánětem sliznic močového a pohlavního ústrojí. Inkubační doba se pohybuje okolo tří až sedmi dní (i když u žen se někdy může projevit až po 14 dnech). Při nedostatečné (či žádné) léčbě se může zánět po několika týdnech vyvinout

¹¹¹ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹¹² MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹¹³ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹¹⁴ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹¹⁵ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

v chronický zánět, který může způsobit těžké komplikace. U každého pohlaví má zánět jiný průběh.¹¹⁶

Průběh u muže: prvním příznakem je lehké svědění až pálení v přední části močové trubice. Může se objevit slabý hnisavý výtok. V ústí močové trubice vzniká zánět. Po delší pauze, kdy muž nemočil, se na vrcholu penisu objevuje kapka žlutozeleného hnisu. Neléčený zánět se šíří trubicemi pohlavního ústrojí a může zapříčinit i neprůchodnost vývodných kanálků nadvarlat a způsobit tak neplodnost. Příznaky sami vymizí po 3 až 6 týdnech. Nakažený muž však může být dále (i bez příznaků nemoci) nosičem gonokoků a šířit tak tuto nákazu dále.¹¹⁷

Průběh u ženy: odhalení kapavky u ženy není zdaleka tak jednoduché, jako u muže. U ženy neexistují jednoznačné příznaky. Zánět se týká především sliznice děložního hrdla a močové trubice. U některých žen (v klimakteriu, před pubertou, v těhotenství) se může objevit zánět pochvy a zevního genitálu. Ve většině případů se objevuje, stejně jako u muže, hnisavý výtok z močové trubice. Kapavka bývá ženě diagnostikována až na základě despitáže, kdy se vyšetřují další sexuální partneři nakaženého muže, od kterého se mohla žena nakazit. Přenos kapavky ze ženy na muže je 4x těžší než z muže na ženu.¹¹⁸

Komplikace kapavky u ženy spočívají v šíření zánětu do dalších úseků močového nebo pohlavního ústrojí. Nákaza se dostane přes dělohu do vejcovodů a může vyvolat pánevní zánět (nitrobřišní zánět), který má vleklý průběh a sklony k recidivě. Zánět vejcovodu může způsobit jeho neprůchodnost a tím také neplodnost ženy nebo mimoděložní těhotenství. V důsledku zánětu často dochází k život ohrožujícímu krvácení. Jelikož nejdou ústí vejcovodu pevně napojena na vaječníky, ale ústí do dutiny břišní, může být další komplikací zánět pobřišnice. To může vést k masivnímu rozsevu infekce v krvi a následně tak vyvolat další onemocnění nejen pohlavního ústrojí. Například nitroblány srdeční či onemocnění kloubů.¹¹⁹

Komplikace v těhotenství: „*V těhotenství může kapavčitá infekce způsobovat samovolný potrat, předčasný porod nebo nitroděložní odumření plodu.*“¹²⁰ Infekce se může z nakažené matky lehce přenést během porodu do oka plodu. To vede k oboustrannému zánětu spojivek

¹¹⁶ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹¹⁷ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹¹⁸ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹¹⁹ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹²⁰ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5. S. 164.

novorozence, který je doprovázen hnisavým výtokem. Jako prevence této infekce, která způsobuje těžké poškození zraku novorozenců, se používá tzv. kredeizace. Jde o vykapávání očí všech novorozenců desinfekčním roztokem. Tato nákaza může být v důsledku velmi špatné osobní hygieny přenesena i do očí dospělých. Zde může způsobit zákal rohovky a oslepnutí (stejně jako u neléčeného novorozence).¹²¹

Je opravdu důležitá včasná diagnostika odborníka – venerologa, který zaléčí zároveň i sexuálního partnera/partnerku. Zdravotníci podléhají povinné mlčenlivosti. Zásadou úspěšné léčby je samozřejmě důsledná osobní hygiena.¹²²

b) Příjice (syfilis, lues)

V minulých staletích, před objevením antibiotik, byla příjice velkým zdravotním problémem. Na začátku 60. let minulého století se tato choroba v České republice již téměř neobjevovala. Od té doby však její výskyt opět stoupá. Podle WHO patří syfilis k nově se navracejícím nemocem. Původcem syfilis je *Treponema palladium* (jednobuněčný, spirálovitý parazit). Příjici dělíme na vrozenou a získanou. Vrozená se přenáší během těhotenství přes placentu z matky na plod a získaná se přenáší převážně pohlavním stykem. Přenos vzduchem je velmi ojedinělý, protože bakterie na vzduchu rychle hyne a je citlivá na dezinfekční prostředky. Do těla proniká drobnými oděrkami kůže či sliznic.¹²³

Průběh syfilis se třídí do tří stádií. První stádium nastává asi tři týdny po nákaze (inkubační doba). Prvním projevem nemoci je tvrdý vřed (*ulcus durum*). Většinou je jen jeden, je lesklý a červený, nebolí. Objevuje se na místě vstupu infekce do organismu (zevní pohlavní orgány, konečník, řitní otvor, děložní čípek, rty, jazyk, patrové mandle a dokonce i prsní bradavky). Na vřed reagují lymfatické uzliny v jeho okolí zduřením. Po několika týdnech se vřed sám zahojí.¹²⁴

Asi po osmi týdnech (při neléčené nemoci) se začínají projevovat další, zprvu nenápadné příznaky – bolest hlavy, mírná horečka, bolest kloubů, malátnost, celková bledost. Dochází ke zduření mízních uzlin (i mimo vřed) a po celém těle se začíná objevovat ošklivá vyrážka. Tato vyrážka nesvědí, ale je vysoce infekční, protože se na různých místech objevují ploché

¹²¹ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹²² MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹²³ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹²⁴ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

výrůstky (kondylomata), které obsahují velké množství treponem. Vzniká nejčastěji po stranách hrudníku, na horních i dolních končetinách, dlaních a ploskách nohou, případně na sliznici dutiny ústní. Objevuje se i tzv. syfilitická angína (vyrážka na mandlích a patrových obloucích), na skrotu, na velkých stydkých pyscích, pod prsy, mezi prsty na nohou. Po odeznění vyrážky se mohou tvořit na hlavě mnohočetné lysinky. Klinické příznaky druhého stádia do roka sami vymizí. Nastává klinicky bezpříznakové období, které trvá u každého individuálně dlouho, dokonce i řadu let. Při krevních testech je však pozitivní.¹²⁵

Ve třetí fázi může dojít dokonce až ke smrti. Toto stádium je charakteristické vznikem tvrdých hrbolů, které už nejsou rozsety po celém těle, ale vyrůstají na jednom místě „(na kůži, v kostech, v okolí kloubů, ve svalech, na jazyku, v játrech, v cévách, v centrální nervové soustavě).“¹²⁶ Tyto tvrdé hrboly (gummata) postupem času měknou a vytváří se v nich žlutá tekutina. Může napadat aortu, míchu, mozek, mozkomíšní plény, cévy i nervové tkáně.¹²⁷

Riziko pohlavně přenosných chorob a jejich prevence

Zákeřnost pohlavně přenosných chorob nespočívá ani tak v rozsahu postižení nakažené osoby, kde se choroba může projevit jen na pohlavním a močovém ústrojí, ale také na kůži, sliznici dutiny ústní a na konečníku. Hlavně ale v tom, že se dané příznaky nemusí projevit vůbec, a tak dochází k přenosu chorob na dalšího partnera. V případě promiskuitních osob se může jednat o nemalá čísla dalších nakažených. Dále se mohou tyto choroby přenést na přes placentu na plod nebo při porodu při průchodu porodních cest. Komplikace, které doprovázejí tyto choroby, mohou vést ke sterilitě, potratu, předčasnému porodu nebo mimoděložnímu těhotenství. V případě nezahájení léčby může syfilis skončit až smrtí.¹²⁸

V případě zjištění nákazy jsou léčeni oba (všichni) partneři nakažené osoby. O klasické pohlavně přenosné choroby se stará lékař z oblasti **dermatovenerologie**. Ostatní choroby spadají pod péči dalších lékařů dle postiženého orgánu. Například do gynekologie, urologie a jiné.¹²⁹

¹²⁵ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹²⁶ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5. S. 165.

¹²⁷ MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

¹²⁸ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

¹²⁹ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

Výskyt pětice nejčastějších pohlavně přenosných chorob (příjice, kapavky, měkkého vředu, čtvrté a páté pohlavní nemoci) podléhá povinnému hlášení. Dále despitáži – vyhledají a vyšetří se sexuální partneři nakaženého. Dále dispenzarizaci – provede se systém kontrolních vyšetření u léčené osoby. A v neposlední řadě přichází poučení pacienta.¹³⁰

Nejefektivnější prevencí v této oblasti je zcela jistě opatření, které se týká sexuálního chování. Nejspolehlivějším opatřením, v případě, že jsou oba partneři v době seznámení zdraví, je partnerská věrnost. Při náhodných sexuálních známostech, ještě ke všemu pod vlivem alkoholu nebo drog, je nutností použití kondomu. Kondom snižuje možnost nákazy, hormonální antikoncepce nikoliv. Předčasné zahájení pohlavního života taktéž zvyšuje riziko nákazy. Čím dříve jedinec zahájí pohlavní život, tím více vystřídá za svůj život partnerů. U dívek navíc hrozí větší riziko poranění nedozrálých pohlavních cest, tudíž se riziko přenosu STD mnohonásobně zvýší.¹³¹

¹³⁰ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

¹³¹ MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

PRAKTICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

3 Kvantitativní šetření

Výzkum jsem prováděla kvantitativní metodou za pomoci dotazníkového šetření.

3.1 Cíl práce, výzkumné otázky

Výsledkem bakalářské práce bude zhodnocení stavu znalostí antikoncepčních metod žáků vybrané střední školy a vyvození doporučení vedoucích k rozšíření jejich znalostí v této oblasti.

Hlavní cíl výzkumné části: Zjistit povědomí žáků vybrané střední školy o antikoncepčních metodách.

Dílčí cíl: Zjistit hlavní zdroje informací žáků k otázkám sexuální výchovy.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké je povědomí žáků vybrané střední školy o antikoncepčních metodách?

Otázka: Jaký je hlavní zdroj informací žáků k otázkám sexuální výchovy?

3.2 Metodika výzkumu

Výzkumným nástrojem jsem zvolila dotazníkové šetření. Dotazníkové šetření bylo anonymní. Jelikož byl rozeslán elektronicky, v úvodu dotazníku jsem uvedla své jméno a účel, pro který byl dotazník vytvořen. Následovaly instrukce k vyplnění dotazníku. Dotazník byl sestaven pro žáky starší 15 let, proto se v dotazníku objevují i otázky ohledně sexuálních zkušeností žáků (např. délka vztahu před první stykem, užívání antikoncepčních metod...).

Dotazník obsahuje identifikační část a 14 otázek týkajících se antikoncepčních metod, jejich významu, praktického využití. Otázky číslo 1-7 se věnují praktickým využitím znalostí. Otázka č. 1 a č. 3 se zabývá zdroji informací a vlivu, otázky č. 2 a č. 4 se zabývají výukou sexuální výchovy a otázky č. 5 a 6 porovnávají očekávání sexuálního chování s realitou. V otázce č. 8 zjišťuji popularitu různých antikoncepčních metod. Otázky č. 8-14 se věnují samotným znalostem, přičemž otázky č. 10 a 11 souvisí s praktickou otázkou č. 7.

Nejdříve jsem srozumitelnost dotazníku ověřila na menší skupině žáků stejné věkové kategorie, avšak z jiné školy, tyto respondenty jsem do šetření nezahrnula. Dotazník jsem vytvořila v programu Google Formulář a následně rozeslala do Facebookových třídních skupin. Žáci si dotazník velice rychle mezi sebou přeposlali. Díky internetovému zpracování byla dodržena anonymita i pro všechny nevidomé žáky.

Samotný dotazník viz příloha, elektronická forma dotazníku dostupná také z: <https://forms.gle/NAKRrMQfr7Pse6327>.

Charakteristika zkoumaného souboru

Konzervatoř a střední škola Jana Deyla vznikla v roce 1910 pod názvem Deylův ústav, který založil MUDr. Jan Deyl. Původně byl určen k výchově pouze nevidomých žáků na profesi učitelů hudby. Nyní zde studují žáci nevidomí po boku vidomých. K datu 30. 6. 2019 zde studovalo 73 žáků v konzervatoři a 19 žáků ve střední škole.¹³² Tyto respondenty jsem si vybrala, protože jsem tuto konzervatoř studovala a věděla jsem, že jedná o velmi pestrý vzorek respondentů právě kvůli velmi individuálním potřebám a podmínkám žáků. Žáci této školy pocházejí z celé České republiky, někteří i ze zahraničí, pocházejí z odlišných rodinných poměrů a zázemí. Zároveň na této škole najdeme žáky ve velkém věkovém rozpětí. Právě pro tuto pestrost žáků jsem si vybrala tuto školu.

¹³² OSTŘANSKÁ, Naděžda, Stanislava LUSTYKOVÁ, Jiří CHURÁČEK, et al. *Výroční zpráva* [online]. Praha: Konzervatoř a střední škola Jana Deyla, příspěvková organizace, 2019 [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: <https://www.kjd.cz/doc/vyrocní-zpráva-2018-19.pdf>

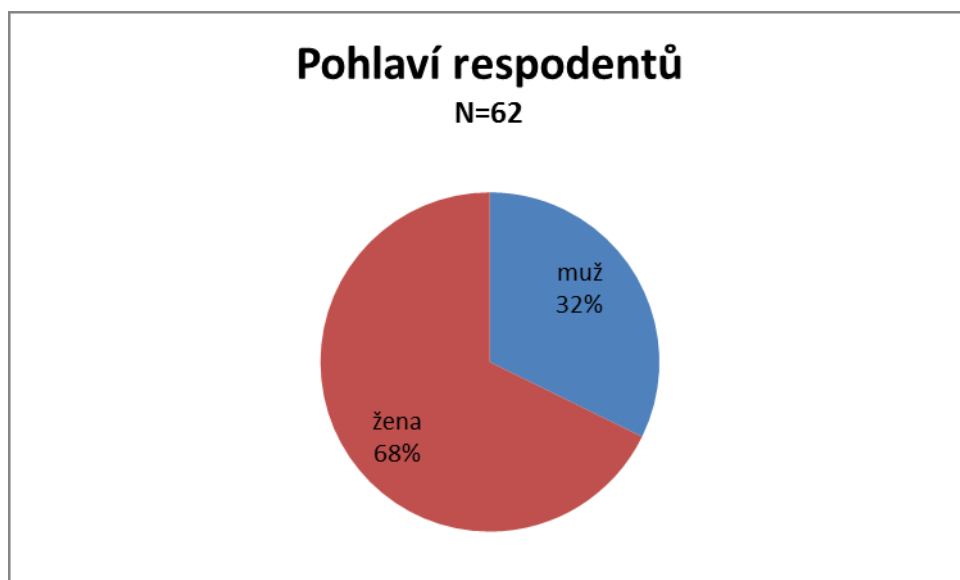
3.3 Výsledky dotazníkového šetření

K vyhodnocování dotazníku jsem použila základní statistické techniky, program Excel, kontingenční tabulky a Formulář Google.

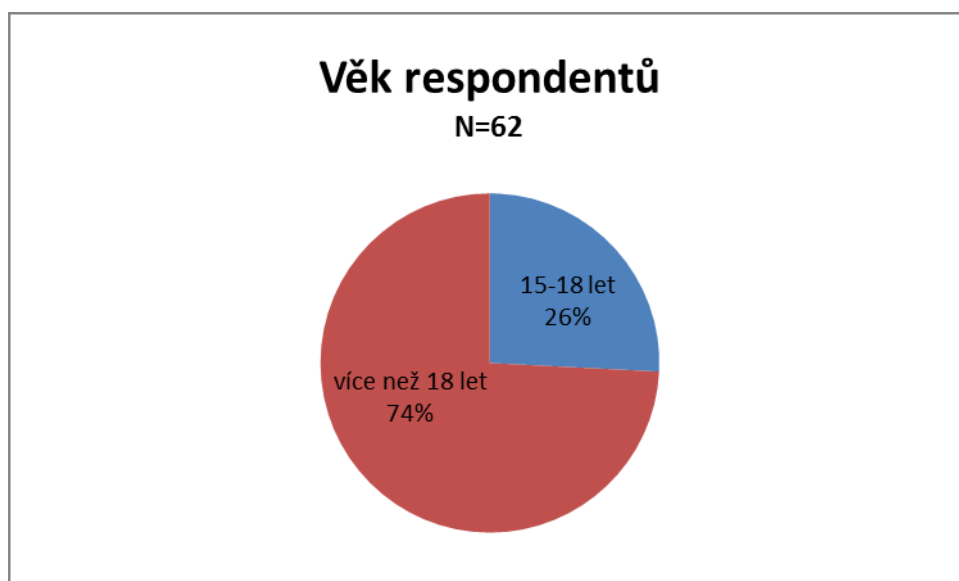
Z celkového počtu 92 studujících žáků školy se zúčastnilo dotazníkového šetření 62 žáků, tedy návratnost je 67,4 %.

Následují výsledky získané z vyplněných dotazníků.

V identifikační části dotazníku měli respondenti označit, zda jsou muž nebo žena a zařadit se do věkové skupiny.



Graf 1 Pohlaví respondentů



Graf 2 Věk respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 42 žen (68 %) a 20 mužů (32 %), dohromady 62 respondentů. Věk respondentů odpovídal v 26% (16 respondentů) rozmezí 15-18 let a 74 % (46 respondentů) bylo starších 18 let.

Otázka č. 1: Označte jeden hlavní zdroj, ze kterého jste nejčastěji čerpali informace o tématech sexuální výchovy

Tabulka 2 Nejčastější zdroje sexuální výchovy

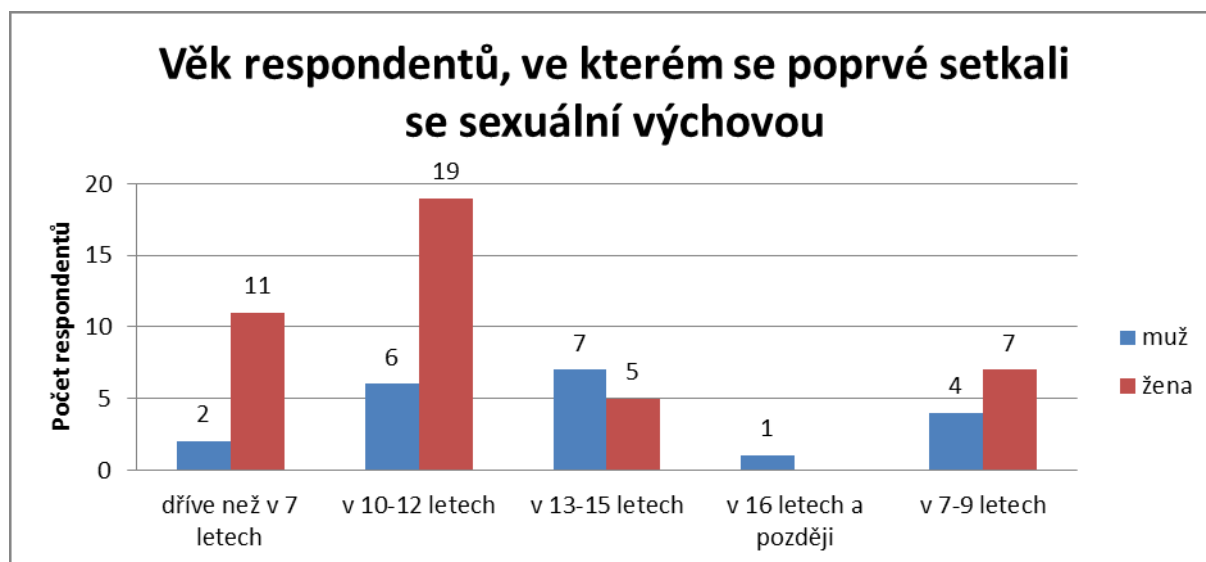
N=62

Odpovědi k otázce zdrojů sexuální výchovy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Historii od lidí, filmy, morální stránka od rodiny.	2	3,23 %
Kamarádi	1	1,61 %
Kamarádka doktorka, vlastní zájem, přednášky atd	1	1,61 %
Knihy, filmy, média, internet, škola	1	1,61 %
Nelze specifikovat, buď přirozeně pochyceno, anebo od všeho trochu.	1	1,61 %
od kamarádů	1	1,61 %
od přátel	1	1,61 %
od rodičů	10	16,13 %
od sestřenic	1	1,61 %
s tímto tématem jsem se ještě nesetkal	1	1,61 %
z časopisu	1	1,61 %
z internetu	33	53,23 %
ze školy	8	12,90 %
Celkový součet	62	100,00 %

Hlavním zdrojem sexuální výchovy označilo 33 respondentů (53,23 %) internet. Druhým nejčastějším zdrojem jsou rodiče, tuto odpověď vybralo 10 respondentů (16,13 %). A třetím nejčastějším zdrojem je škola – 8 respondentů (12,9 %). Dále 2 respondenti (3,23 %) uvedli odpověď „historii od lidí, filmy, morální stránka od rodiny“. Po 1 respondentovi (1,61 %) získaly odpovědi: kamarádi; kamarádka doktorka, vlastní zájem apod.; knihy, filmy, internet, média, škola; nelze specifikovat, buď přirozeně pochyceno a nebo od všeho trochu; od kamarádů; od přátel; od sestřenic; s tímto tématem jsem se ještě nesetkal; z časopisu.

Otázka č. 2: S první zmínkou o sexuální výchově (např. menstruace, sexuální styk, těhotenství) a zodpovědném sexuálním životě jste se poprvé setkali:

N=62



Graf 3 Věk respondentů při prvním setkání se sexuální výchovou

Zde se měli respondenti zařadit do skupin dle věku, ve kterém se poprvé setkali se sexuální výchovou. Nejčastější odpovědí se stala odpověď „**v 10-12 letech**“, kterou zvolilo celkem 25 respondentů (**40 %**). Odpověď „dříve než v 7 letech“ zvolilo celkem 13 respondentů (21 %). Odpověď „v 13-15 letech“ zvolilo celkem 12 respondentů (19 %). Odpověď „v 7-9 letech“ zvolilo celkem 11 respondentů (18 %). A později než v 16 letech se setkal s první zmínkou o sexuální výchově 1 respondent (2 %).

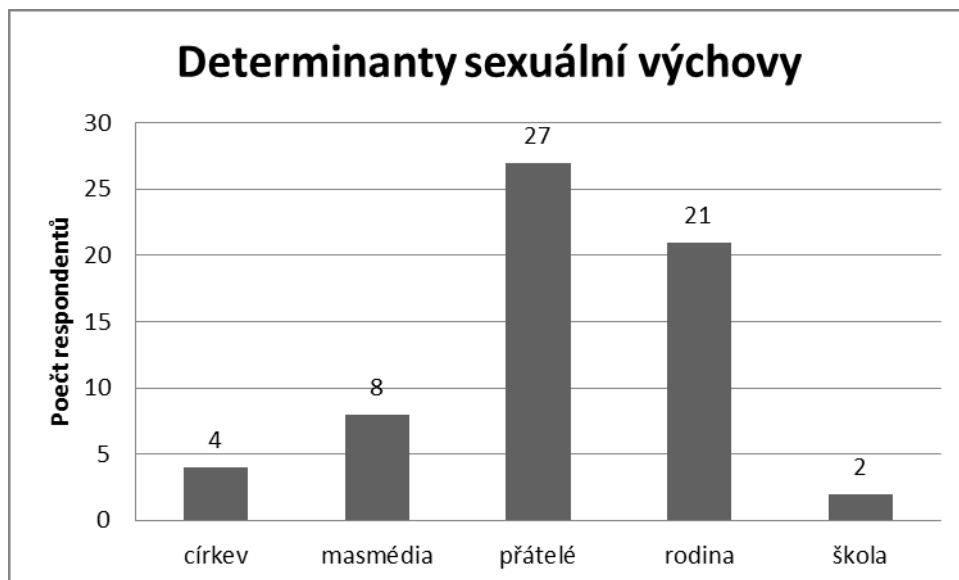
Z důvodu rozdílného věku puberty jsem rozdělila respondenty na muže a ženy. **45,24 % žen** se setkalo s první sexuální výchovou **v 10-12 letech**. 26,19 % žen dříve než v 7 letech, 16,67 % žen v 7-9 letech a 11,9 % žen ve 13-15 letech. Žádná žena se poprvé se sexuální výchovou nesetkala později, než v 15 letech. Průměrný věk žen při prvním setkání se sexuální výchovou je 8 let a 10 měsíců +/- 8 měsíců.

35 % mužů se setkalo se sexuální výchovou poprvé **v 13-15 letech**, 30% mužů v 10-12 letech, 20 % v 7-9 letech, 10 % mužů dříve než v 7 letech a 5 % mužů se setkalo se sexuální výchovou později než v 15 letech. Průměrný věk mužů při prvním setkání se sexuální výchovou je 11,5 roku +/- 3 měsíce. Průměrně jsou tedy ženy informovány o sexuální výchově o 2 roky a 8 měsíců +/- 1 měsíc dříve než muži.

Nejčastější odpovědi celkem se stala odpověď v 10-12 letech, zvolilo ji celkem 40,32 % respondentů. U žen zvítězila odpověď „v 10-12 letech“ a u mužů „v 13-15 letech“.

Otázka č. 3: Co/kdo vás nejvíce ovlivňuje v otázkách sexuální výchovy?

N=62



Graf 4 Determinanty sexuální výchovy

27 respondentů (43,55 %) odpovědělo, že je nejvíce ovlivňují **přátelé**. 21 respondentů (33,87 %) zvolilo odpověď rodina, 8 respondentů (12,9 %) odpověď masmédia (např. TV, rádio, internetové sdělovací prostředky...), 4 respondenti (6,45 %) odpověď církev a pouze 2 respondenti (3,23 %) zvolilo odpověď škola. Poslední z odpovědí odpovídá výsledkům následující otázky a to „Kolik hodin týdně se na vaší škole zabýváte ve výuce sexuální výchovou?“

Otázka č. 4: Kolik hodin týdně se na vaší škole zabýváte ve výuce sexuální výchovou?

- a. 0 hodin
- b. 1 hodinu
- c. 2 hodiny
- d. více

Na tuto otázku všichni respondenti shodně odpověděli 0 hodin.

Otázka č. 5: Jak dlouho by měl podle vás trvat vztah před zahájením sexuálního života dvou partnerů?

N=62

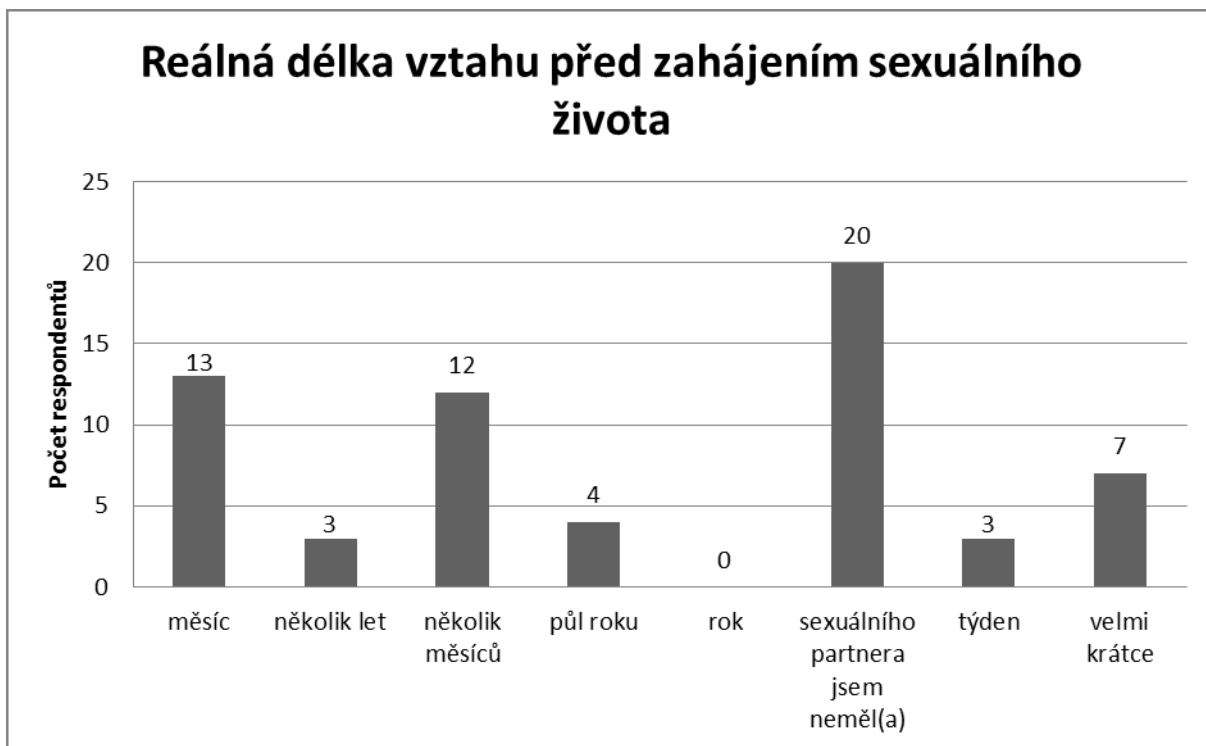


Graf 5 Očekávaná délka vztahu před zahájením sexuálního života dvou partnerů

18 respondentů (29,03 %) si myslí, že by měl vztah s jedním partnerem před zahájením společného sexuálního života trvat **1 měsíc**. 16 respondentů (25,81 %) zvolilo možnost několik měsíců, 8 respondentů (12,9 %) možnost rok a stejný počet respondentů, tedy 8 (12,9 %) zvolilo možnost týden, 6 respondentů (9,68 %) zvolilo možnost několik let, 3 respondenti (4,84 %) zvolili možnost velmi krátce, 2 respondenti (3,23 %) zvolili možnost půl roku a 1 respondent (1,61 %) tuto otázku nevyplnil.

Otázka č. 6: Jak dlouho jste byli s prvním sexuálním partnerem ve vztahu, než jste zahájili společný sexuální život?

N=62



Graf 6 Reálná délka vztahu před zahájení sexuálního života

20 respondentů (32,26 %) sexuálního partnera ještě nemělo, 13 respondentů (20,97 %) bylo s partnerem před prvním společným stykem po dobu jednoho měsíce, 12 respondentů (19,35 %) uvedlo odpověď několik měsíců, 7 respondentů (11,29 %) uvedlo velmi krátce, 4 respondenti (6,45 %) půl roku, 3 respondenti (4,84 %) týden a 0 respondentů (0 %) rok.

Otázka č. 7: Zaškrtněte všechny vámi používané antikoncepční metody v posledních 3 měsících.

N=42

Tabulka 3 Antikoncepční metody používané v posledních 3 měsících

Odpověď na otázku č. 7	Absolutní počet respondentů	Relativní počet respondentů
hormonální antikoncepce – pilulky	1	2 %
hormonální antikoncepce - pilulky, kondom	4	10 %
jsem gay	1	2 %
kondom	7	17 %
kondom, Pharmatex	2	5 %
přerušovaný styk	6	14 %
přerušovaný styk, hormonální antikoncepce - nitroděložní tělíčko, kondom	1	2 %
přerušovaný styk, hormonální antikoncepce – pilulky	1	2 %
přerušovaný styk, hormonální antikoncepce - pilulky, kondom	2	5 %
přerušovaný styk, hormonální antikoncepce - pilulky, kondom, spermicidní gely	1	2 %
přerušovaný styk, kondom	4	10 %
přerušovaný styk, kondom, spermicidní gely	1	2 %
přerušovaný styk, neužívám žádnou antikoncepci	1	2 %
sexuální abstinence	1	2 %
sexuální abstinence, kondom	3	7 %
sexuální abstinence, přerušovaný styk, hormonální antikoncepce - nitroděložní tělíčko, kondom, spermicidní gely	1	2 %
sexuální abstinence, přerušovaný styk, hormonální antikoncepce - pilulky, hormonální antikoncepce - náplasti, hormonální antikoncepce - injekce, hormonální antikoncepce - nitroděložní tělíčko, kondom, femidon (ženský kondom), spermicidní gely	1	2 %
sexuální abstinence, přerušovaný styk, hormonální antikoncepce - pilulky, kondom	1	2 %
sexuální abstinence, přerušovaný styk, kondom, femidon (ženský kondom), spermicidní gely	1	2 %
sexuální abstinence, přerušovaný styk, kondom, spermicidní gely	1	2 %
Žádnou, ale ještě existuje nehormonální tělíčko pro ženy, které ještě nerodily.	1	2 %
Celkem	42	100 %

Na tuto otázku neodpovědělo 20 respondentů, tedy ti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že sexuálního partnera ještě neměli. Zbýlých 42 respondentů odpovědělo následovně: 17 % používalo v posledních 3 měsících jedinou antikoncepční metodu a to **kondom**. 14 % respondentů používalo v posledních 3 měsících pouze **přerušovaný styk**.

10 % respondentů používalo **kombinaci přerušovaného styku a kondomu**, a dalších 10 % respondentů používalo kombinaci orální HA a kondomu. 7 % respondentů užívalo sexuální abstinenci a kondom. 5 % respondentů používalo kombinaci kondomu a Pharmatexu, dalších 5 % kombinaci přerušovaného styku, orální HA a kondomu. Zbylé antikoncepční metody příp. jejich kombinace, uvedené v tabulce 3 výše, uvedl vždy jeden respondent. Dva respondenti odpověděli vlastními slovy. Jeden z nich „jsem gay“ a druhý „žádnou, ale ještě existuje nehormonální tělísko pro ženy, které ještě nerodily“. Jeden respondent uvedl, že užívá kombinaci všech antikoncepčních metod uvedených v dotazníku.

Tabulka 4 Shrnutí používaných metod v posledních 3 měsících

N=62 Používané metody v posledních třech měsících	Absolutní počet respondentů	Relativní počet respondentů
jedna metoda	15	24,19 %
kombinace metod dvou a více metod	24	38,71 %
prázdné	20	32,26 %
neužívám žádnou antikoncepci	1	1,61 %
jiná odpověď	2	3,23 %
Celkem	62	100,00 %

Samostatně jednotlivé metody používá 24,19 % respondentů. Z toho 46 % respondentů používá kondom, 40 % přerušovaný styk, 6,67 % hormonální antikoncepci v jakékoliv formě, 6,67 % abstinenci, 0 % femidon, 0 % spermicidní gely.

38,71 % respondentů **použilo dvě a více metod**. Nejčastější kombinace jsou (sestupně dle popularity): Kondom s další metodou (nejčastěji s přerušovaným stykem), přerušovaný styk s další metodou, HA v jakékoliv formě s další metodou, sexuální abstinence s další metodou, spermicidní gel s další metodou, femidom s další metodou.

Odpověď na tuto otázku nevyplnilo 20 respondentů (32,26 %). Žádnou antikoncepci neužívá 1 respondent, který vyplnil políčko „žádnou“ a 1 další respondent, který uvedl „žádnou“ v odpovědi jiná odpověď, dohromady tedy 2 respondenti neužívají žádnou antikoncepci (3,23 %) a 1 respondent uvedl jinou odpověď „jsem gay“ (1,61 %). Je pravda, že toto dotazník zcela nepokrýval, ale i homosexuálních párů se antikoncepcí týká, a to z hlediska přenosu STD.

Otázka č. 8: Kolika procentní šanci na otěhotnění má zdravá žena ve věku 13–40 let?

Tabulka 5 Kolika procentní šanci na otěhotnění má zdravá žena

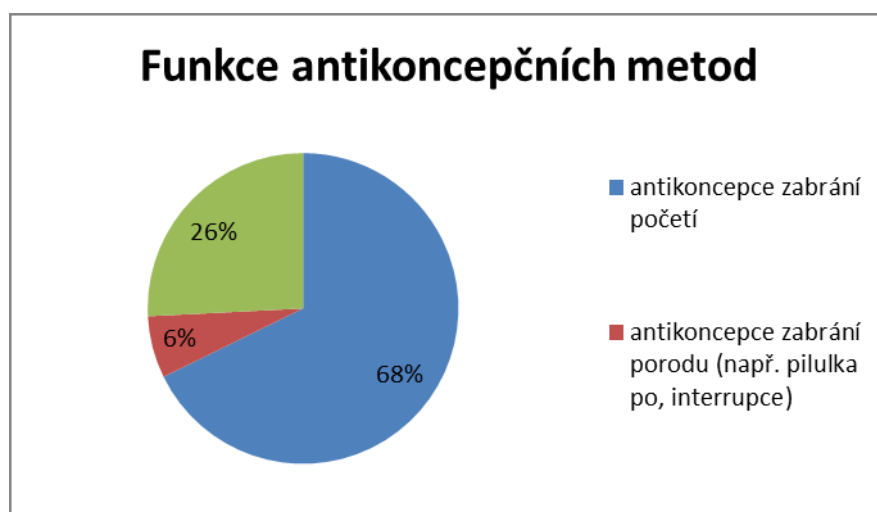
N=62

Odpovědi	absolutní počet muž	absolutní počet žena	absolutní počet respondentů	Relativní počet respondentů
5%	2	2	4	6,45 %
10%	1	1	2	3,23 %
25%	1	4	5	8,06 %
33%	3	2	5	8,06 %
50%	9	9	18	29,03 %
75%	2	19	21	33,87 %
100%	2	3	5	8,06 %
(prázdné)	0	2	2	3,23 %
Celkový součet	20	42	62	100,00 %

Nejčastější odpovědí, se stala správná odpověď 75 %. Tuto možnost zvolilo 21 respondentů (z toho 19 žen a 2 muži). Druhou nejčastější odpovědí je možnost 50 %. Tu zvolilo 18 respondentů (9 žen a 9 mužů). Stejnou četnost odpovědí měly možnosti 100 %, 33 % a 25 %, každou z těchto možností volilo 5 respondentů. Možnost 25 % volily 4 ženy a 1 muž. 4 respondenti zvolili odpověď 5 %, 2 respondenti zvolili odpověď 10 % a 2 respondenti na tuto otázku neodpověděli.

Otázka č. 9: Která z odpovědí nejlépe vystihuje funkci antikoncepce obecně (tedy funkci každé jednotlivé antikoncepční metody)?

N=62

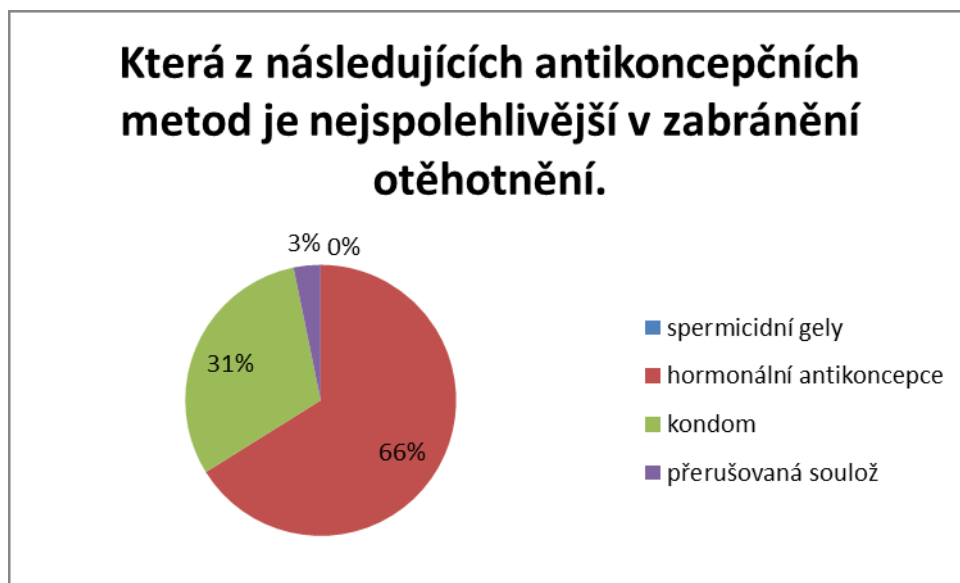


Graf 7 Funkce antikoncepčních metod

42 respondentů (68%) uvedlo jako obecnou funkci všech antikoncepčních metod možnost „antikoncepce zabrání početí“, 16 respondentů (26 %) uvedlo, že antikoncepce zabrání přenosu STD a 4 respondenti (6%) uvedli, že antikoncepce zabrání porodu.

Otázka č. 10: Která z následujících antikoncepčních metod je nejspolehlivější v zabránění těhotenství? Označte pouze jednu odpověď.

N=62

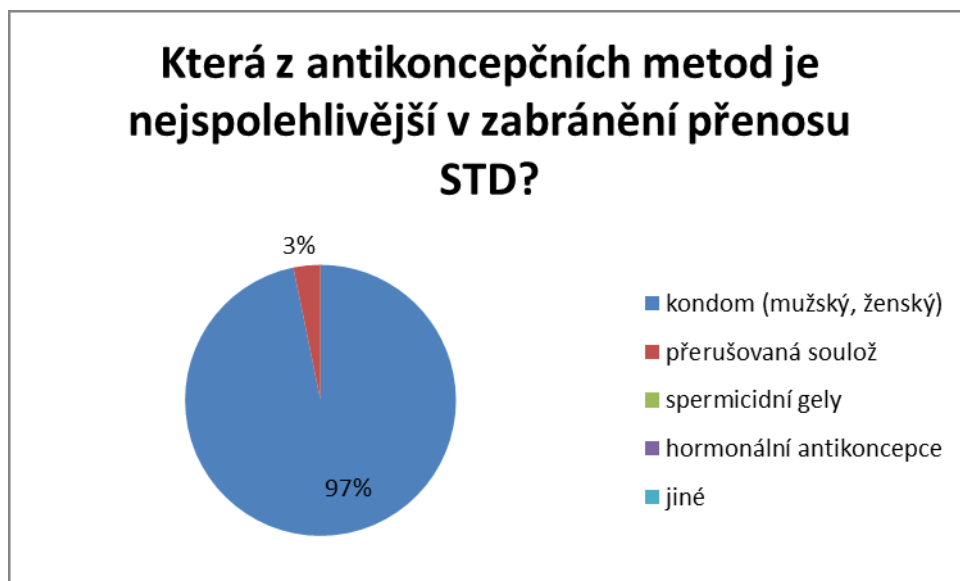


Graf 8 Spolehlivost antikoncepčních metod

Odpověď hormonální antikoncepce zvolilo 41 respondentů (66 %), odpověď kondom zvolilo 19 respondentů (31 %), odpověď přerušovaná soulož zvolili 2 respondenti (3 %) a odpověď spermicidní gely zvolilo 0 respondentů (0 %).

Otázka č. 11: Která z následujících antikoncepčních metod je nejspolehlivější v zabránění přenosu pohlavně přenosných chorob? Označte pouze jednu odpověď.

N=62



Graf 9 Spolehlivost antikoncepčních metod před STD

60 respondentů zcela správně zvolilo odpověď kondom, 2 respondenti zvolili odpověď přerušovaná soulož a ostatní odpovědi (spermicidní gely, HA, jiné) zvolilo 0 % respondentů.

Otázka č. 12: Která nemoc patří mezi sexuálně přenosné choroby? Do tabulky zaškrtněte všechny správné odpovědi.

Zde měli respondenti označit všechny nemoci, o kterých si myslí, že jsou sexuálně přenosné. Na výběr měli tyto možnosti: kapavka, svrab, syfilis (příjice), měkký vřed, chlamydiové infekce, chřipka, muňky, hepatitida B (žloutenka) a kandidóza (kvasinková infekce).

Tabulka 6 Nemoci, které respondenti označili jako STD

N=62

Označené nemoci	Absolutní počet respondentů	Relativní počet respondentů
hepatitida B (žloutenka), kandidóza (kvasinková infekce)	1	2%
kandidóza (kvasinková infekce)	1	2%
kapavka, hepatitida B (žloutenka), kandidóza (kvasinková infekce)	1	2%
kapavka, chlamydiové infekce	1	2%
kapavka, chlamydiové infekce, hepatitida B (žloutenka), kandidóza (kvasinková infekce)	1	2%
kapavka, svrab, syfilis (příjice), chlamydiové infekce,	1	2%

muňky		
kapavka, svrab, syfilis (příjice), chlamydiové infekce, muňky, kandidóza (kvasinková infekce)	2	3%
kapavka, svrab, syfilis (příjice), měkký vřed	1	2%
kapavka, svrab, syfilis (příjice), měkký vřed, chlamydiové infekce, chřipka, muňky, hepatitida B (žloutenka), kandidóza (kvasinková infekce)	4	6%
kapavka, svrab, syfilis (příjice), měkký vřed, chlamydiové infekce, kandidóza (kvasinková infekce)	1	2%
kapavka, svrab, syfilis (příjice), měkký vřed, chlamydiové infekce, muňky, hepatitida B (žloutenka), kandidóza (kvasinková infekce)	1	2%
kapavka, svrab, syfilis (příjice), měkký vřed, chlamydiové infekce, muňky, kandidóza (kvasinková infekce)	2	3%
kapavka, syfilis (příjice)	3	5%
kapavka, syfilis (příjice), hepatitida B (žloutenka), kandidóza (kvasinková infekce)	1	2%
kapavka, syfilis (příjice), chlamydiové infekce	4	6%
kapavka, syfilis (příjice), chlamydiové infekce, hepatitida B (žloutenka)	4	6%
kapavka, syfilis (příjice), chlamydiové infekce, hepatitida B (žloutenka), kandidóza (kvasinková infekce)	7	11%
kapavka, syfilis (příjice), chlamydiové infekce, kandidóza (kvasinková infekce)	8	13%
kapavka, syfilis (příjice), chlamydiové infekce, muňky, hepatitida B (žloutenka), kandidóza (kvasinková infekce)	1	2%
kapavka, syfilis (příjice), chlamydiové infekce, muňky, kandidóza (kvasinková infekce)	7	11%
kapavka, syfilis (příjice), kandidóza (kvasinková infekce)	1	2%
kapavka, syfilis (příjice), měkký vřed, chlamydiové infekce	1	2%
kapavka, syfilis (příjice), měkký vřed, chlamydiové infekce, hepatitida B (žloutenka)	1	2%
svrab, syfilis (příjice), chlamydiové infekce, hepatitida B (žloutenka)	2	3%
syfilis (příjice)	1	2%
syfilis (příjice), chlamydiové infekce, kandidóza (kvasinková infekce)	2	3%
(prázdné)	2	3%
Celkový součet	62	100%

Odpovědi z tabulky č. 6 jsem vyhodnotila a zapsala stručně do tabulky č. 7.

Tabulka 7 Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 12

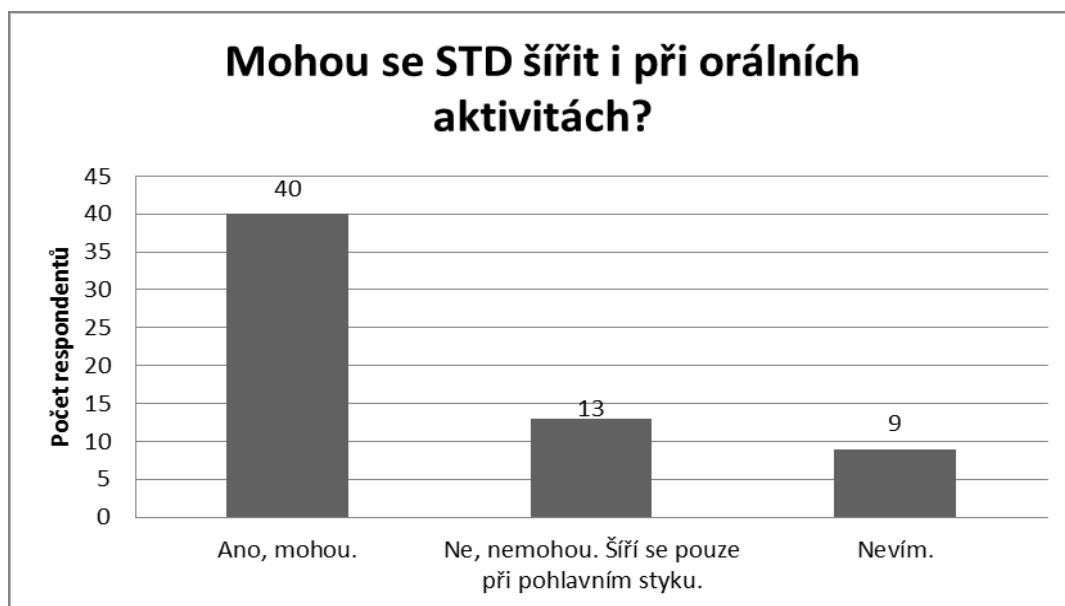
N=62

Odpovědi respondentů	Absolutní počet respondentů	Relativní počet respondentů
8 správně označených a 1 chybně označená	4	6,45 %
8 správně označených	1	1,61 %
7 správně označených a 1 správná chybí	2	3,23 %
6 správně označených a 2 správné chybí	4	6,45 %
5 správně označených a 3 správné chybí	16	25,81 %
4 správně označené a 4 správné chybí	18	29,03 %
3 správně označené a 5 správných chybí	8	12,90 %
2 správně označené a 6 správných chybí	5	8,06 %
1 správně označená a 7 správných chybí	2	3,23 %
0 správně označených a 8 správných chybí	2	3,23 %
Celkem	62	100,00 %

Správnou odpověď (8 správně označených nemocí) zvolil 1 respondent (1,61 %), od správné odpovědi se odchýlili o jednu možnost 2 respondenti (6,45 %), kteří zvolili 7 nemocí správně, a jedna jim chyběla a 4 respondenti (6,45 %), kteří zvolili všech 9 nemocí, tedy jedna nemoc (chřipka) jim přebývala. Nejčastěji se respondenti odchýlili od správné odpovědi o 4 možnosti, tedy kombinaci 4 nemocí, které opravdu do STD patří, zvolilo 18 respondentů (29,03 %). Druhá nejčastější odpověď se lišila od správné odpovědi o 3 chybějící nemoci a to v 25,81 % případů (16 respondentů). Dále 12,90 % (8 respondentů) označilo správně 3 nemoci, 8,06 % (5 respondentů) označilo správně 2 nemoci, 6,45 % (4 respondenti) označilo správně 6 nemocí, a 3,23 % (2 respondenti) označilo pouze 1 nemoc. 3,23 % (2 respondenti) neoznačilo žádnou nemoc.

Otázka č. 13: Mohou se pohlavně přenosné choroby šířit při orálních aktivitách?

N=62

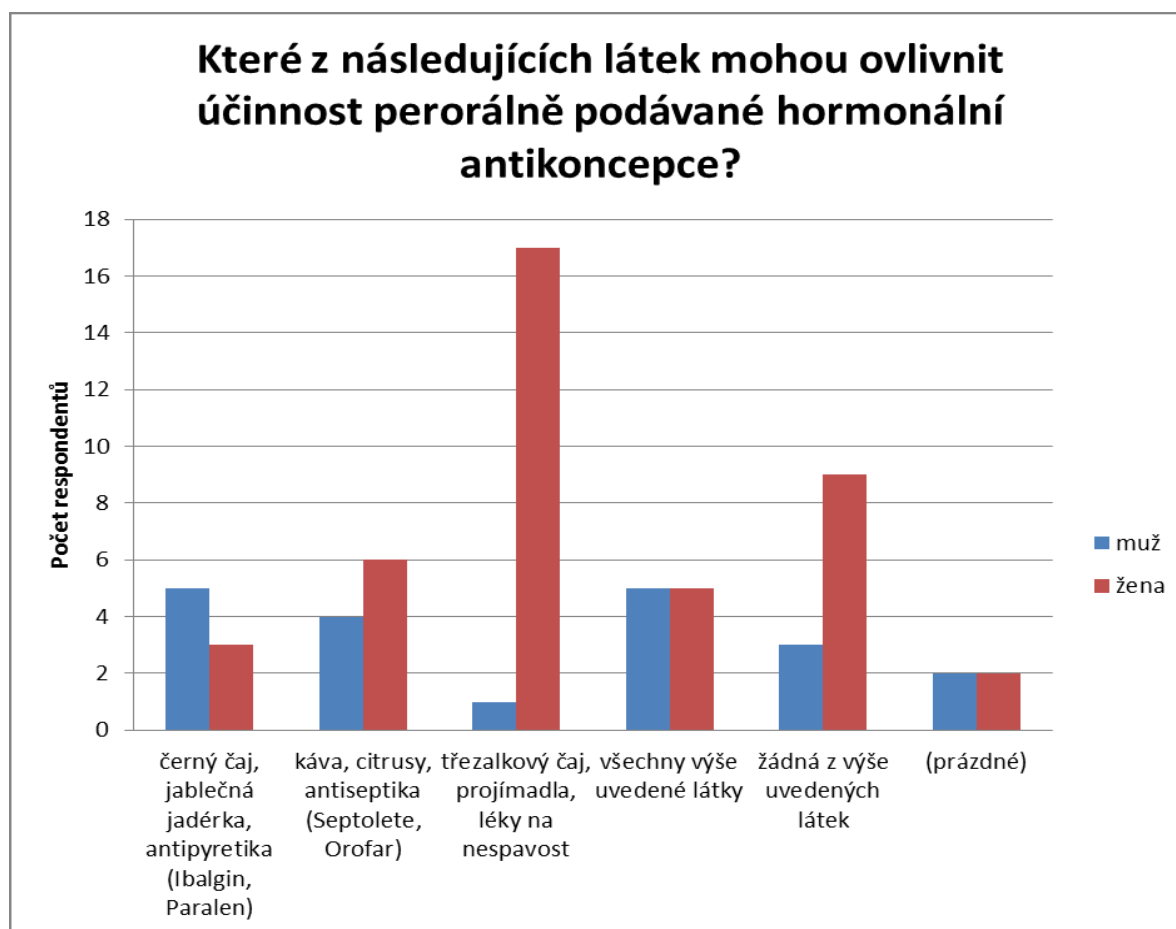


Graf 10 Šíření STD

64,52 % respondentů uvedlo správnou odpověď, že se STD při orálních aktivitách šířit mohou. 20, 97 % respondentů uvedlo, že se STD při orálních aktivitách šířit nemohou a 14,52 % respondentů nevědělo.

Otázka č. 14: Které z následujících látek mohou ovlivnit účinnost perorálně podávané hormonální antikoncepce?

N=62



Graf 11 Interakce orální hormonální antikoncepce

Nejčastější a správnou odpovědí se stala odpověď třezalkový čaj, projímadla, léky na nespavost, tuto variantu zvolilo 18 respondentů (29,03 %) celkem, z toho 1 muž a 17 žen.

Druhou nejčastější odpovědí je odpověď žádná z výše uvedených látek, kterou zvolilo 12 respondentů (19,35 %) celkem, z toho 9 žen a 3 muži. Dvě stejně frekventované odpovědi jsou všechny výše uvedené látky (5 mužů a 5 žen) a káva, citrusy, antiseptika (4 muži a 6 žen), každou z těchto odpovědí zvolilo celkem 10 respondentů (16,13 %). Odpověď černý čaj, jablečná jadérka, antipyretika zvolilo celkem 8 respondentů (12,9 %) z toho 5 mužů a 3 ženy. 4 respondenti (6,45 %) tuto odpověď nevyplnili.

Mezi ženami dominuje odpověď třezalkový čaj, projímadla, léky na nespavost, kterou zvolilo 40,48 % žen. Mezi muži se o nejčastější odpověď dělí odpovědi dvě. A to černý čaj, jablečná jadérka, antipyretika a všechny výše uvedené látky, každou z nich volilo 25 % mužů. Naopak správnou odpověď zvolil jen jeden muž (5 % mužů).

3.4 Diskuze, komparace dat a doporučení

Diskuze:

Hlavní cíl výzkumné části: Zjistit povědomí žáků vybrané střední školy o antikoncepčních metodách.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké je povědomí žáků vybrané střední školy o antikoncepčních metodách?

S hlavním cílem a hlavní výzkumnou otázkou mají souvislost otázky č. 8-14:

Otázka č. 8: Kolika procentní šanci na otěhotnění má žena ve věku 13–40 let?

Otázka č. 9: Která z odpovědí vystihuje funkci antikoncepce obecně?

Otázka č. 10: Která z následujících antikoncepčních metod je nejspolehlivější v zabránění těhotenství?

Otázka č. 11: Která z následujících antikoncepčních metod je nejspolehlivější v zabránění přenosu pohlavně přenosných chorob?

Otázka č. 12: Která nemoc patří mezi sexuálně přenosné choroby?

Otázka č. 13: Mohou se pohlavně přenosné choroby šířit při orálních aktivitách?

Otázka č. 14: Které z následujících látek mohou ovlivnit účinnost perorálně podávané hormonální antikoncepce?

Tabulka 8 Vyhodnocení odpovědí na vědomostní otázky

N=62	Číslo otázky							Průměr jednotlivých žáků
Číslo žáka	8	9	10	11	12	13	14	
	známka udělená za odpověď (1=správně; 5=chybně; - =bez odpovědi)							
1	5	5	1	1	3	1	5	3,00
2	5	1	1	1	1	1	1	1,57
3	1	5	5	1	3	5	5	3,57
4	1	1	1	1	3	5	5	2,43
5	5	1	1	1	1	1	5	2,14
6	5	5	1	1	3	1	1	2,43
7	5	1	1	1	5	5	-	3,00
8	5	1	1	1	3	-	5	2,67
9	5	5	5	1	3	1	5	3,57
10	1	1	5	1	4	5	5	3,14

11	1	1	1	1	3	-	1	1,33
12	1	5	1	1	4	3	5	2,86
13	5	1	5	1	2	1	5	2,86
14	5	1	5	1	3	1	5	3,00
15	5	1	1	1	1	1	1	1,57
16	1	1	1	1	2	5	1	1,71
17	5	1	5	1	2	1	5	2,86
18	5	1	1	1	2	1	1	1,71
19	5	1	5	1	5	1	-	3,00
20	5	5	1	1	3	1	5	3,00
21	1	1	1	1	2	1	1	1,14
22	1	1	1	1	3	1	-	1,33
23	1	1	1	1	3	1	5	1,86
24	1	1	5	1	1	5	5	2,71
25	1	1	1	1	3	1	5	1,86
26	5	1	1	1	2	1	5	2,29
27	5	1	5	1	2	1	5	2,86
28	5	5	1	1	3	1	5	3,00
29	1	1	5	1	2	5	1	2,29
30	5	1	5	1	3	3	5	3,29
31	1	1	1	1	2	1	1	1,14
32	5	1	1	1	1	5	5	2,71
33	5	1	1	1	3	5	5	3,00
34	1	5	1	1	2	1	5	2,29
35	5	1	5	1	3	1	5	3,00
36	5	5	1	5	3	3	1	3,29
37	5	1	1	1	2	1	1	1,71
38	5	1	1	1	2	1	5	2,29
39	5	1	1	1	2	3	1	2,00
40	5	1	5	1	4	5	5	3,71
41	5	1	1	1	4	1	5	2,57
42	1	1	5	1	3	1	5	2,43
43	5	1	5	1	3	1	1	2,43
44	5	5	1	1	3	1	5	3,00
45	5	1	1	1	2	1	1	1,71
46	5	5	1	1	3	1	1	2,43
47	5	5	1	1	2	1	5	2,86
48	1	5	5	1	3	5	5	3,57
49	5	1	5	1	4	3	5	3,43
50	1	1	5	1	2	1	5	2,29
51	1	1	1	1	3	1	5	1,86
52	5	5	5	5	1	5	5	4,43
53	5	5	1	1	3	1	5	3,00
54	5	5	5	1	4	1	-	3,50
55	5	5	1	1	2	5	1	2,86
56	5	1	1	1	1	1	1	1,57
57	5	1	1	1	2	1	5	2,29
58	5	5	1	1	3	1	5	3,00
59	5	1	1	1	2	1	5	2,29
60	1	5	1	1	2	1	1	1,71
61	5	1	1	1	4	3	5	2,86
62	1	5	5	1	3	3	5	3,29

Průměrná známka každé otázky	3,71	2,29	2,35	1,13	2,63	2,10	3,76	2,56
------------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------

K vyhodnocení znalostní části dotazníku jsem použila známkování správných a špatných odpovědí. Každý žák mohl získat v otázkách č. 8-11 a č. 14 známku 1 (správná odpověď) nebo známku 5 (chybná odpověď). U otázky č. 12 jsem odpovědi známkovala 5 stupni dle počtu chyb. U otázky č. 13 jsem známkovala třemi stupni: 1 (správná odpověď), 3 (nevím), 5 (chybná odpověď).

Nejlépe dopadla otázka č. 11 (Která z antikoncepčních metod je nejspolehlivější v zabránění přenosu pohlavně přenosných chorob?) s celkovým průměrem 1,13. **Nejhůře otázka č. 14** (Které z následujících látek mohou ovlivnit účinnost perorálně podávané hormonální antikoncepce?) s celkovým průměrem 3,76. Nejlepšího průměru ze všech vědomostních otázek dosáhli dva žáci, a to s průměrem 1,14. Nejhoršího průměru dosáhl jeden žák, a to s průměrem 4,43. Správně odpověděl pouze na otázku č. 12 (Která nemoc patří mezi sexuálně přenosné choroby?)

Tabulka 9 Průměrná známka v závislosti na pohlaví

N=62

Pohlaví a průměrná známka	Počet respondentů	Relativní počet vůči pohlaví	Relativní počet celkem
muži ≥ 3	7	35 %	11 %
muži < 3	13	65 %	21 %
Celkem muži	20	100 %	32 %
ženy ≥ 3	15	36 %	24 %
ženy < 3	27	64 %	44 %
Celkem ženy	42	100 %	68 %
Celkem	62	x	100 %

Celkem mělo průměrnou známku, lepší než 3, 65 % žáků. Z těchto žáků tvoří 32 % muži a z 68 % ženy. Porovnání žen: 36 % žen získalo známku ≥ 3 , a 64 % žen získalo lepší známku než 3. Porovnání mužů: 35 % mužů získalo známku ≥ 3 a 65 % mužů získalo lepší známku, než 3. Mohlo by se zdát, že muži mají větší povědomí, než ženy. **Průměrná známka** všech **mužů** je však **2,75** (medián 2,61) a průměrná známka všech **žen** je **2,46** (medián 2,71).

Závěr hlavního cíle: Hlavní cíl byl splněn. Hlavní výzkumná otázka byla zodpovězena. Žáci mají povědomí, pokud dosáhnou průměrné známky lepší, než 3. Průměrnou známku, lepší než

3, mělo 40 žáků a průměrnou známku horší, nebo rovnou 3, mělo 22 žáků. Tzn. 65 % žáků povědomí o antikoncepčních metodách má a 35 % žáků tedy povědomí o antikoncepčních metodách nemá, viz graf č. 11. Otázky s průměrem horším než 3 jsou otázky č. 8 a č. 14.

Dílčí cíl: Zjistit hlavní zdroje informací žáků k otázkám sexuální výchovy.

Dílčí výzkumná otázka: Jaké jsou hlavní zdroje informací žáků k otázkám sexuální výchovy?

S touto otázkou měla souvislost otázka č. 1 (žáci měli označit jeden hlavní zdroj, ze kterého čerpali informace o tématech sexuální výchovy) a otázka č. 3 (žáci měli určit co/kdo je nejvíce ovlivňuje v otázkách sexuální výchovy).

Tabulka 10 Porovnání otázek č. 1 a č. 3

N=62

Porovnání otázek č. 1 a č. 3		Odpovědi na otázku č. 3					
Odpovědi na otázku č. 1	církev	masmédia	přátelé	rodina	škola	Celkový součet	
Historii od lidí, filmy, morální stránka od rodiny.				2		2	
Kamarádi			1			1	
Kamarádka doktorka, vlastní zájem, přednášky atd			1			1	
Knihy, filmy, média, internet, škola			1			1	
Nelze specifikovat, buď přirozeně pochyceno, anebo od všeho trochu.			1			1	
Od kamarádů.			1			1	
Od přátel			1			1	
od rodičů	3			7		10	
Od sestřenic.			1			1	
s tímto tématem jsem se ještě nesetkal		1				1	
z časopisu				1		1	
z internetu	1	7	17	8		33	
ze školy			3	3	2	8	
Celkový součet	4	8	27	21	2	62	

Porovnání otázky č. 1 (respondenti měli uvést jeden nejčastější zdroj, ze kterého čerpali informace) a č. 3 (respondenti měli uvést kdo nebo co je nejvíce ovlivňuje).

Respondenti, kteří v otázce č. 3 odpověděli, že největší vliv mají **přátelé** (44% z celkového počtu odpovědí na otázku č. 3) zároveň odpověděli v první otázce, že čerpají převážně z internetu (63 % z „přátelé“ u otázky č. 3), dále 20 % čerpá informace od přátel, dále 11 %

čerpá informace ze školy, 4 % respondentů uvedla „Knihy, filmy, média, internet škola“ a další 4 % uvedla „Nelze specifikovat, buď přirozeně pochyceno, anebo od všeho trochu“.

Respondenti, kteří v otázce č. 3 odpověděli „**rodina**“ odpovídali v otázce č. 1 v 38 % případů, že čerpají informace z internetu, v 33 %, že čerpají od rodičů, ve 14 % čerpají ze školy, v 10 % „historii od lidí, filmy, morální stránka od rodiny“ a v 5 % z časopisu.

Respondenti, kteří v otázce č. 3 odpověděli „**masmédia**“ v 88 % odpověděli v otázce č. 1 také z internetu a 13 % zvolilo „s tímto tématem jsem se ještě nesetkal“.

Respondenti, kteří v otázce č. 3 zvolili odpověď „**církev**“ získávali v 75 % informace od rodičů a ve 25 % z internetu.

Pouze 3 % z celkového počtu respondentů ovlivňuje **škola**. Tito respondenti se dále již nedělí dle původu získaných informací, všichni čerpali ze školy.

Závěr dílčího cíle: Dílčí cíl byl splněn. Dílčí otázka byla zodpovězena. Většina žáků je ovlivňována přáteli a jejich hlavním zdrojem informací je internet.

Komparace:

Zajímalo mě, kolik žáků rozumí významu antikoncepce. Proto jsem se rozhodla komparovat otázky č. 9 (Jakou funkci plní antikoncepce obecně), otázku č. 10 (Která z metod je nejspolehlivější v zabránění těhotenství) a otázku č. 11 (Která z metod je nejspolehlivější v zabránění přenosu STD).

1) Komparace otázek týkajících se významu antikoncepčních metod

Tabulka 11 Komparace otázek č. 9, 10, 11. N=62

Komparace otázek č. 9, 10, 11	Absolutní počet	Relativní počet
antikoncepce zabránění početí	42	68%
hormonální antikoncepce (pilulky, náplasti, injekce, nitroděložní tělísko)	27	44%
kondom (mužský, ženský)	27	44%
kondom (mužský, ženský)	14	23%
kondom (mužský, ženský)	14	23%
přerušovaná soulož	1	2%
kondom (mužský, ženský)	1	2%
antikoncepce zabránění porodu (např. pilulka po, interrupce)	4	6%
hormonální antikoncepce (pilulky, náplasti, injekce, nitroděložní tělísko)	1	2%
přerušovaná soulož	1	2%
kondom (mužský, ženský)	2	3%
kondom (mužský, ženský)	2	3%
přerušovaná soulož	1	2%
přerušovaná soulož	1	2%
antikoncepce zabránění přenosu pohlavně přenosných chorob a početí	16	26%
hormonální antikoncepce (pilulky, náplasti, injekce, nitroděložní tělísko)	13	21%
kondom (mužský, ženský)	13	21%
kondom (mužský, ženský)	3	5%
kondom (mužský, ženský)	3	5%
Celkový součet	62	100%

Odpovědi na otázku č. 9 jsou v tabulce zvýrazněny tučně, odpovědi na otázku č. 10 jsou černým písmem, odpovědi na otázku č. 11 jsou modrým písmem.

U otázky č. 9 (Jakou funkci plní antikoncepce obecně) odpovědělo správně 47 (68 %) respondentů, z nich u otázky č. 10 (Která z následujících antikoncepčních metod je nejspolehlivější v zabránění těhotenství) odpovědělo správně 27 respondentů. Z nich u otázky č. 11 (Která z následujících antikoncepčních metod je nejspolehlivější v zabránění přenosu STD) odpovědělo správně 27. Na všechny tři otázky dokázalo správně odpovědět tedy jen 27 respondentů z celkového počtu 62. Tedy 44 % respondentů.

Dále jsem se zaměřila na komparaci odpovědí u otázky č. 5 (Jak dlouho by měl trvat vztah před započítáním sexuálního života dvou partnerů) a otázky č. 6 (Jak dlouho trval váš vztah před započítáním sexuálního života).

2) Očekávaná vs reálná délka vztahu před zahájením sexuálního života

Otázka č. 5 a č. 6. **Očekávaná versus reálná délka vztahu** před započítáním sexuálního života dvou partnerů. U těchto otázek jsem očekávala zásadní rozdíl mezi očekáváním a realitou ve smyslu očekávání větší zdrženlivosti a morálky. Čili že se reálná doba vztahu bude podstatně kratší, než očekávaná doba vztahu.

Tabulka 12 Komparace očekávané a reálné délky vztahu před započítáním sexuálního života

N=62

Porovnání otázky č. 5 a č. 6	Absolutní počet	Relativní počet	Relativní počet ze skupiny
Měsíc	18	29 %	
měsíc	10	16 %	56 %
několik měsíců	3	5 %	17 %
půl roku	2	3 %	11 %
sexuálního partnera jsem neměl(a)	1	2 %	6 %
týden	1	2 %	6 %
velmi krátce	1	2 %	6 %
Několik let	6	10 %	
několik let	1	2 %	17 %
sexuálního partnera jsem neměl(a)	5	8 %	83 %
Několik měsíců	16	26 %	
Měsíc	1	2 %	6 %
několik let	1	2 %	6 %
několik měsíců	7	11 %	44 %
půl roku	2	3 %	13 %
sexuálního partnera jsem neměl(a)	4	6 %	25 %
velmi krátce	1	2 %	6 %
Půl roku	2	3 %	
několik měsíců	1	2 %	50 %
sexuálního partnera jsem neměl(a)	1	2 %	50 %
Rok	8	13 %	
sexuálního partnera jsem neměl(a)	8	13 %	100 %
Týden	8	13 %	
měsíc	2	3 %	25 %
několik let	1	2 %	13 %
několik měsíců	1	2 %	13 %
týden	2	3 %	25 %
velmi krátce	2	3 %	25 %
Velmi krátce	3	5 %	
velmi krátce	3	5 %	100 %
(prázdné)	1	2 %	
sexuálního partnera jsem neměl(a)	1	2 %	100 %
Celkový součet	62	100 %	

Zvýrazněné řádky odpovídají odpovědím na otázku č. 5 (Jak dlouho by měl podle vás trvat vztah před zahájením sexuálního života dvou partnerů). Nezvýrazněné řádky odpovídají odpovědím na otázku č. 6 (Jak dlouho jste byli s prvním sexuálním partnerem ve vztahu, než jste zahájili společný sexuální život).

Chtěla jsem porovnat, zda se očekávání žáků od reality liší. Nejčastější odpovědí na očekávanou délku vztahu je odpověď „**měsíc**“. Žáci, kteří zvolili tuto odpověď v otázce reálné délky vztahu, zvolili v 56 % taktéž odpověď měsíc. Ostatní i delší časové období, popřípadě sexuálního partnera neměli. Druhá nejčastější očekávaná délka vztahu je **několik měsíců** a i zde očekávání odpovídá realitě, kde ve 44 % případů odpověděli žáci shodně „několik měsíců“ nebo v 25 % případů sexuálního partnera neměli. Ti, kteří očekávali délku vztahu před prvním sexuálním stykem s partnerem, **rok**, sexuálního partnera ještě neměli. Ti, kteří očekávali délku vztahu **týden**, reálně byli s partnerem týden v 25 % případů, v dalších 25 % bylo s partnerem měsíc a dalších 25 % procent bylo s partnerem velmi krátce. 13 % žáků bylo s partnerem místo očekávaného týdne několik měsíců a 13 % žáků bylo s partnerem místo očekávaného týdne i několik let.

Ti, kteří očekávali délku vztahu **několik let**, jen v 17 % měli první styk s partnerem po několika letech, zbylých 83 % sexuálního partnera neměla. Což může být způsobeno nízkým věkem respondentů a tím i nízkou šancí na několikaletý vztah. Například je respondent ve vztahu teprve pár měsíců a očekává zahájení sexuálního života s partnerem až po několika letech.

Všichni, kteří očekávali **velmi krátkou** délku vztahu, taktéž odpověděli i u otázky č. 6.

Ti, kteří očekávali délku vztahu **půl roku**, v otázce č. 6 odpověděli v 50 % „několik měsíců“ a v 50 % sexuálního partnera neměli. Ti, kteří na otázku č. 5 **neodpověděli**, v otázce č. 6 uvedli, že sexuálního partnera neměli.

Závěr: Můj předpoklad, že reálná délka vztahu bude kratší, než očekávaná, se nepotvrdil. Ti, kteří očekávali délku vztahu *měsíc*, *několik měsíců* nebo *velmi krátkou*, reálně měli vztah po stejnou dobu, kterou očekávali. Ti, kteří očekávali délku vztahu před zahájením sexuálního života *několik let*, sexuálního partnera neměli, nebo měli styk až po několikaletém vztahu. Ti, kteří očekávali délku vztahu *půl roku*, měli styk po několika měsících, nebo sexuálního partnera neměli. Všichni, kteří očekávali délku vztahu *jeden rok*, sexuálního partnera neměli. Ti, kteří *neodpověděli* na očekávanou délku vztahu, uvedli, že sexuálního partnera neměli.

Jedinou odchylku v realitě od očekávání můžeme sledovat u respondentů, kteří uvedli očekávanou délku vztahu *týden*, kde se odpovědi na reálnou délku rovnoměrně rozdělily mezi měsíc, týden a velmi krátce, méně respondentů pak uvedlo několik měsíců a několik let.

Dále mě zajímalo, jestli se liší očekávaná délka vztahu u respondentů se sexuální zkušeností od osob bez sexuální zkušenosti.

3) Odlišnost očekávané délky vztahu před zahájením sexuálního života u respondentů se sexuální zkušeností a respondentů bez sexuální zkušenosti

Tabulka 13 Porovnání rozdílu očekávané délky vztahu mezi respondenty se sexuální zkušeností a bez ní

N=62

Sexuální partner Ano/Ne		Očekávaná délka vztahu									
		měsíc	několik let	několik měsíců	půl roku	rok	týden	velmi krátce	(prázdné)	Celkový součet	Relativní počet
sexuálního partnera neměl/a	Absolutní počet	1	5	4	1	8	-	-	1	20	32 %
	Relativní počet	5 %	25 %	20 %	5 %	40 %	0 %	0 %	5 %	100 %	-
sexuálního partnera měl/a	Absolutní počet	17	1	12	1	-	8	3	-	42	68 %
	Relativní počet	40 %	2 %	29 %	2 %	0 %	19 %	7 %	0 %	100 %	-
Celkový součet		18	6	16	2	8	8	3	1	62	100%
Relativní počet		29 %	10 %	26 %	3 %	13 %	13 %	5 %	2 %	100 %	

40 % respondentů, kteří uvedli, že sexuálního partnera neměli, očekávají délku vztahu před započítáním sexuálního života *1 rok*. Zatímco u respondentů, kteří sexuálního partnera již měli, získala odpověď *rok* 0 %. 40 % respondentů, kteří uvedli, že sexuálního partnera již měli, očekává délku vztahu před zahájením sexuálního života s partnerem *1 měsíc*. Druhou nejčastější odpovědí byla u respondentů bez sexuální zkušenosti odpověď *několik let* a třetí nejčastější odpovědí *několik měsíců*. Zatímco u respondentů se sexuální zkušeností je na druhém místě odpověď *několik měsíců* a na třetím místě *týden*.

Sexuálního partnera již mělo celkem 42 respondentů (68 %). 20 respondentů (32 %) sexuálního partnera nemělo.

Porovnání věku respondentů, kteří sexuálního partnera měli a respondentů, kteří sexuálního partnera neměli.

Tabulka 14 Porovnání věku, pohlaví a sexuální zkušenosti

N=62	muž			žena			Celkový součet	Relativní četnost
Sexuální partner ano/ne	15-18 let	více než 18 let	celkem	15-18 let	více než 18 let	celkem		
ne	4	3	7	6	7	13	20	32%
ano	4	9	13	2	27	29	42	68%
Celkový součet	8	12	20	8	34	42	62	100%
Relativní četnost	13%	19%	32%	13%	55%	68%	100%	

Sexuální zkušenost mělo 65 % mužů (35 % mužů sexuální partnerku nemělo). Z toho bylo 30 % mužů mladších 18 let a 70 % mužů starších 18 let. 69 % žen sexuální zkušenost mělo (31 % žen nemělo). Z toho 7 % žen bylo mladších 18 let a 93 % žen starších 18 let.

Porovnání pohlaví respondentů, kteří sexuálního partnera měli, a respondentů, kteří sexuálního partnera neměli.

Skupinu 20 respondentů, kteří sexuálního partnera neměli, tvoří z 65 % ženy a z 35 % muži. Skupinu 42 respondentů, kteří sexuálního partnera měli, tvoří z 69 % ženy a z 31 % muži.

Doporučení:

- především doporučit žákům vhodné internetové zdroje k tématu sexuální výchovy (naučit zdroje porovnávat)
- zapojit do výuky pravidelnou sexuální výchovu

- zaměřit se na spolehlivost různých metod antikoncepce a ukázat více možností (2. nejužívanější antikoncepční metoda – přerušovaný styk)
- objasnit možnosti přenosu STD (35 % respondentů nevědělo, zda se STD mohou přenášet orálním stykem)

Závěr

Svoji bakalářskou práci jsem zaměřila na znalosti antikoncepčních metod žáků Konzervatoře Jana Deyla, tedy na věkovou skupinu 15+. V teoretické části se zabývám základními pojmy nezbytných k pochopení tématu antikoncepce. Jsou jimi: anatomie mužských a ženských reprodukčních orgánů, pojem menstruace a puberta. Dále se zaměřuji na význam antikoncepce v souvislosti s počtem potratů, přenosem STD a charakteristikou sexuálně přenosných chorob. Dále mě zajímá historie vzniku antikoncepčních metod a její okolnosti. V neposlední řadě vypisuji výčet moderních antikoncepčních metod, které jsou právě na trhu, na které navazuje praktická část bakalářské práce.

V praktické části se zabývám výzkumem mezi žáky na konzervatoři, na které jsem dříve studovala. Díky této zkušenosti vím, že se jedná skutečně o uměleckou školu a žáci zde žijí „uměleckým životem“. Proto jsem očekávala, že jejich znalosti antikoncepčních metod nebudou dostačující a jejich sexuální chování tomu odpovídající. Výzkumným nástrojem byl anonymní dotazník, který jsem vytvořila pomocí Google Forms a rozeslala jej žákům prostřednictvím Facebooku, čímž byla dodržena anonymita i pro všechny nevidomé žáky. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 z celkových 92 žáků školy.

Ve své práci jsem si stanovila jeden hlavní a jeden dílčí cíl. **Hlavní cíl:** zjistit povědomí žáků o antikoncepčních metodách, se podařilo naplnit. Povědomí o významu antikoncepce jsem zjišťovala otázkami č. 9, 10 a 11. Na všechny 3 otázky o správném významu AM dokázalo odpovědět správně pouze 44 % žáků. Celkové povědomí o antikoncepčních metodách jsem zjišťovala otázkami č. 8-14, které jsem vyhodnotila a oznámkovala stupnicí 1-5. **Průměrná známka všech žáků je 2,56**, medián je 2,69 a modus je 3. Povědomí mají ti žáci, kteří získali známku lepší než 3. **Celkem má povědomí o antikoncepčních metodách 65 % žáků** z celkového počtu 62. Muži získali průměrnou známku 2,75 a ženy průměrnou známku 2,46, přičemž má povědomí o AM 65 % mužů a 64 % žen.

Dílčí cíl: zjistit hlavní zdroje informací žáků k otázkám sexuální výchovy, se podařilo naplnit. Většinu žáků ovlivňují přátelé a informace čerpají převážně z internetu. Na základě výsledků jsem vytvořila doporučení.

Bakalářskou práci mohou využít pro studium jak žáci, tak pedagogové jako podklad pro rozšíření přednášek na téma sexuální výchovy na této škole.

Seznam použitých informačních zdrojů

BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-6022-3.

ČEPIČKÝ, Pavel. Historie antikoncepce. *Moderní babičství* [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET, 2004, (3), 1-3 [cit. 2020-06-24]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=149>

FALA, Christian a Ludmila HAMPLOVÁ. Dějiny antikoncepce jsou plné kreativity, ale i lidského zoufalství. *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network, 12. 6. 2016 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/06/dejiny-antikoncepce-jsou-plne-kreativity-ale-i-lidskeho-zoufalstvi/>

FRELICH, Jiří. Průměrný věk matek se zvyšuje ve všech krajích. *Statistika a my: Měsíčník Českého statistického úřadu* [online]. Český statistický úřad, 9/2018 [cit. 2020-06-28]. ISSN 1804-7149. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2018/09/prumerny-vek-matek-se-zvysuje-ve-vsech-krajich/>

GAJDZIOK, Jan, Eliška TAJOVSKÁ, Martina BAJEROVÁ a Zuzana CHALUPOVÁ. Aktuální farmakoterapie: Léčiva s místním účinkem na choroby sliznice dutiny ústní. *Praktické lékařství* [online]. 2010, 6(2), 68-72 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2010/02/03.pdf>

HAMPLOVÁ, Ludmila a Christian FIALA. Dějiny antikoncepce jsou plné kreativity, ale i lidského zoufalství. *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network s.r.o, 26. 6. 2016 [cit. 2020-06-24]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/06/dejiny-antikoncepce-jsou-plne-kreativity-ale-i-lidskeho-zoufalstvi/>

HAVLÍN, Miroslav. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelů hormonální antikoncepce – aktuální pohled – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online]. 2017, 18(5), 300-305 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/05/06.pdf>

Chemická antikoncepce. *Antikoncepce.cz* [online]. 14. 6. 2016 [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://www.antikoncepce.cz/antikoncepce/ostatni-metody/chemicka-antikoncepce/>

KAZIMOUR, Ivan. Historie zdravotnictví. KAZIMOUR, Ivan. *Historie zdravotnictví* [online]. Martin Koláček, 2017, s. 34-174 [cit. 2019-03-27]. ISBN 978-80-7512-758-7.

Dostupné z:
https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=tmrnDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA4&dq=historie+antikoncepce&ots=DdVegtev-B&sig=1tLUfPRb6VtpBb6MLFayECMgCWE&redir_esc=y#v=onepage&q=antikoncepce&f=false

KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2014, **15**(6), 348-351 [cit. 2020-06-27]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

KOVÁŘ, Petr, Jana KUČEROVÁ a Magda SZEWCZYK. *Ambulantní hysteroskopická sterilizace systémem Essure – nová technologie permanentní antikoncepce* [online]. Facta Medica, 2013, **17**(3), 220-225 [cit. 2020-07-22]. ISSN 1801-8750. Dostupné z: http://kramerus.medvik.cz/search/nimg/IMG_FULL/uuid:4d079379-0615-11e5-b183-d485646517a0#page=16

LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-131-5.

Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, Chen M, Truitt ST, Gallo MF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD003988. DOI: 10.1002/14651858.CD003988.pub2. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003988.pub2/full>

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5351-5.

MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

Moderní babičství [online]. 3. Praha: Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET, 2004 [cit. 2020-06-24]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/>

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-206-0.

OSTŘANSKÁ, Naděžda, Stanislava LUSTYKOVÁ, Jiří CHURÁČEK, et al. *Výroční zpráva* [online]. Praha: Konzervatoř a střední škola Jana Deyla, příspěvková organizace, 2019 [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: <https://www.kjd.cz/doc/vyrocní-zprava-2018-19.pdf>

Potrasy 2016. In: *Zdravotnická statistika* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2018, s. 5-17 [cit. 2020-06-28]. ISBN 978-80-7472-172-4. ISSN 1210-8642. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/potrasy2016.pdf>

Příbalová informace: Informace pro uživatele: PHARMATEX vaginální globule. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 17. 12. 2014 [cit. 2020-06-16]. Dostupné z: http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php?data%5Bsearch_for%5D=Pharmatex&data%5Bcode%5D=&data%5Bcat_group%5D=&data%5Bmaterial%5D=&data%5Bpath%5D=&data%5Breg%5D=&data%5Bradio%5D=none&data%5Brc%5D=&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braill-yes&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braill-no&data%5Bcheckbox%5D%5B%5D=braill-def&data%5Bwith_adv%5D=0&search=Vyhledat&data%5Blisting%5D=20

Sbírka zákonů: Zákon č. 66/1986 Sb. *Zákon pro lidi* [online]. [cit. 2020-06-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-66/zneni-19870101>

SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-9309-2.

UZEL, Radim. Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 2002, 31. prosinec 2002, (4), 4-6 [cit. 2019-03-27]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/08/14.pdf>

ZÁMEČNÍK, Libor. Právní úprava vazektomie v České republice. *Urologie pro praxi* [online]. Solen, 2014, **15**(3), 123-125 [cit. 2020-07-22]. Dostupné z: urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201403-0006_Pravni_uprava_vazektomie_v_Ceske_republice.php

ZAVADILOVÁ, Markéta. Volně prodejné léky: Hojení jizev, ran, bércových vředů. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2013, 13. 3. 2013, **7**(1), 33-35 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2013/01/08.pdf>

ZEMKOVÁ, Daniela a Marta ŠNAJDEROVÁ. Puberta v ambulanci pediatra: Puberty at a paediatrician's practice. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: SOLEN, 2009, **10**(5), 289-293. ISSN 1803-5264.

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Lékařská sexuologie*. Jinočany: H & H, 1991. ISBN 80-85467-04-6. S. 19.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Vyplněný dotazník